Thomas Stompe
Kristina M. Ritter (Hrsg.)

Krankheit und Kultur

Einführung in die kulturvergleichende Psychiatrie


Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Wiener Schriftenreihe zur Transkulturellen Psychiatrie

Thomas Stompe | Kristina M. Ritter (Hrsg.)

Krankheit und Kultur

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Wiener Schriftenreihe zur Transkulturellen Psychiatrie

Globale Wanderungsbewegungen von Wirtschaftsmigranten und kriegsbedingte Flüchtlingsströme führten in den letzten 30 Jahren zu einem Aufschwung der Transkulturellen Psychiatrie. Dabei differenzierten sich mit der kulturvergleichenden Psychiatrie, der Migrationspsychiatrie, der Ethnopsychiatrie und der kulturhistorischen Psychiatrie vier Forschungsbereiche heraus. Die Wiener Schriftenreihe zur Transkulturellen Psychiatrie setzt sich die Aufgabe, die theoretischen Errungenschaften und vor allem die praktische Relevanz der Erkenntnisse der Transkulturellen Psychiatrie darzustellen. Zielgruppen sind Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Juristen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund konfrontiert sind.

Wiener Schriftenreihe zur Transkulturellen Psychiatrie

Thomas Stompe | Kristina M. Ritter (Hrsg.)

Krankheit und Kultur

Einführung in die kulturvergleichende Psychiatrie

mit Beiträgen von

M. Aigner | H.-J. Assion | D. Holzer | W. Machleidt | K.M. Ritter
H. Schanda | M.G. Sieberer | T. Stompe | T. Wenzel | L.J. Zhu



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeber

Prof. Dr. Thomas Stompe
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich
und
Justizanstalt Göllersdorf
Schlossgasse 17
2013 Göllersdorf
Österreich

DDr. Kristina M. Ritter
Institut für Transkulturelle Psychiatrie und
Migrationsforschung Wien
Lainzer Str. 103
1130 Wien
Österreich

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISSN 2193-8377
ISBN 978-3-95466-155-8 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Barbara Kreuzpointner, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Die Autoren

Prim. PD Dr. Martin Aigner
Universitätsklinikum Tulln
Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie
Alter Ziegelweg 10
3430 Tulln
Österreich

Prof. Dr. Hans-Jörg Assion
LWL-Klinik Dortmund
Marsbruchstr. 179
44287 Dortmund

Dr. David Holzer
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abteilung für Biologische Psychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich

Prof. Dr. Wielant Machleidt
Ludwig-Barnay-Str. 6
30175 Hannover

DDr. Kristina M. Ritter
Institut für Transkulturelle Psychiatrie und
Migrationsforschung Wien
Lainzer Str. 103
1130 Wien
Österreich

Prof. Dr. Hans Schanda
Universitätsklinikum für Psychiatrie
und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich
und
Justizanstalt Göllersdorf
Schlossgasse 17
2013 Göllersdorf
Österreich

PD Dr. med. Marcel G. Sieberer
Medizinische Hochschule Hannover
Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und
Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Prof. Dr. Thomas Stompe
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich
und
Justizanstalt Göllersdorf
Schlossgasse 17
2013 Göllersdorf
Österreich

Prof. Thomas Wenzel
Medizinische Universität Wien
Abteilung Sozialpsychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich

Dr. Li Jing Zhu
Beijing Normal University - Hong Kong Baptist
University United International College (UIC)
28 Jinfeng Road, Tangjiawan
Zhuhai, Guangdong Prov. 519085
China
und
Medizinische Universität Wien
Zentrum für Public Health
Kinderspitalgasse 15/1.Stock
1090 Wien
Österreich

Vorwort

Die psychiatrisch-psychologisch-psychotherapeutische Arbeit mit Migranten ist in der Zeit der Globalisierung inzwischen zum selbstverständlichen Teil unseres Arbeitsfeldes geworden. Dementgegen stehen noch immer deutliche Defizite in der Ausbildung, die erst schrittweise durch die Schaffung spezifischer Lehrgänge behoben werden (sollen). Unsere Überlegungen zu Problemlagen, klinischen Krankheitsbildern und Erwartungshaltungen von Zuwanderern müssen dabei mehrere Faktoren berücksichtigen: Andersartige ökologische und soziokulturelle Bedingungen führen über Sozialisation und Erziehung zu verinnerlichten Repräsentationen über die Welt, das mitmenschliche Umfeld und die eigene Person (ein Begriff, der im Übrigen in den meisten traditionellen Kulturen nicht existiert). Noch einen Schritt weitergehend wird im Sinne des Bourdieuschen Habitus die Kultur verleiblicht, wird zur zweiten Natur. Diese Enkulturation wird ähnlich wie die Muttersprache zum Großteil unbewusst durch Nachahmung (Mimesis) erworben. Auf kognitiver Ebene manifestiert sich der Habitus in Wertehaltungen, Glaubensvorstellungen, unserem Symbolverständnis, inneren Bildern sowie Schemata, auf emotionaler Ebene als Affektmodulation und -kontrolle, auf motorischer Ebene in Körperhaltungen und Bewegungsmustern. Einwanderer sind nun mit komplexen neuen Herausforderungen konfrontiert. Neben den ganz realen rechtlichen und sozioökonomischen Problemen sollen Migranten eine fremde Sprache und vor allem eine fremde Kultur „erlernen". Dieses Erlernen erfolgt wie das Erlernen einer Fremdsprache. Man spricht hier von Akkulturation. In größeren Minoritäten entstehen auf makrosozialer Ebene Hybridkulturen, die vom Einzelnen in unterschiedlichem Ausmaß verinnerlicht werden. Somit sind in der therapeutischen Arbeit sowohl Enkulturations- als auch Akkulturationseffekte zu berücksichtigen.

Der erste Band der *Wiener Schriftenreihe für Transkulturelle Psychiatrie* bietet eine Einführung in die kulturvergleichende Psychiatrie. Das zentrale Thema ist daher der Einfluss der Kultur auf die Häufigkeit und Phänomenologie von psychischen Störungen und Krankheiten. Ausgeklammert sind die Effekte, die aus der Konfrontation mit einer neuen Kultur entstehen, auf die in Folgebänden einzugehen ist.

Die Herausgeber

Inhalt

1 Einführung in die kulturvergleichende Psychiatrie

Thomas Stompe

In unserem Zeitalter der Globalisierung und der Kontinente übergreifenden Wanderungsbewegungen ist für Psychiater und Psychologen der Wissenserwerb über die Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Kultur eine durch die tagtägliche Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund vorgegebene Notwendigkeit geworden. Im Rahmen von Auslandsbeschäftigungen ist man ebenfalls mit häufig fremdartig anmutenden Ausdrucksformen psychischen Krankseins konfrontiert, die ohne das nötige Fachwissen nicht verstanden werden können. Dieses Problem ist allerdings nicht neu. Bereits an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert führten Imperialismus und Kolonialherrschaft zwangsläufig zu intensiven Begegnungen mit fremden Kulturen und damit zur Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten in außereuropäischen Regionen. In dieser Epoche ist daher die Geburtsstunde der Transkulturellen Psychiatrie anzusiedeln. Diese untersucht den Einfluss von Kultur und Gesellschaft auf die Existenz und Häufigkeit, den Verlauf, die Symptomgestaltung psychischer Krankheiten, sowie die Symptompräsentation und die Krankheits- und Behandlungskonzepte in verschiedenen Kulturen. Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelten sich innerhalb der Transkulturellen Psychiatrie mit der kulturvergleichenden Psychiatrie, der Migrationspsychiatrie und der Ethnopsychiatrie drei Forschungs- und Arbeitsgebiete, die sich in ihrem Aufgabenfeld, ihrer Epistemiologie und Methodik in manchem unterscheiden (Stompe 2006; Ritter u. Stompe 2011).

Da der erste Band der Wiener Schriftenreihe für Transkulturelle Psychiatrie der Thematik der psychischen Erkrankungen im Kulturvergleich gewidmet ist, wird hier das komplexe Problemfeld der Pathogenese und Pathoplastik psychischer Erkrankungen unter Migrations- und Akkulturations-

bedingungen ausgeklammert. Der Kulturvergleich selbst ist mit verschiedenen Problemen belastet (Srubal et al. 2005). Im Vorfeld der transkulturell-psychiatrischen Forschung gilt es einige wesentliche Punkte zu klären. Illustriert wird dies anhand des Beispiels der International Study on Psychotic Symptoms (ISPS), in der zwischen 1994 und 1999 in sieben Ländern (Georgien, Ghana, Litauen, Nigeria, Österreich, Pakistan und Polen) Daten von insgesamt 1.070 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie erfasst wurden.

1.1 Epistemiologische Grundhaltung

Innerhalb der transkulturellen Psychiatrie bildeten sich drei epistemiologische Vorannahmen über Krankheit und Kultur aus.

1.1.1 Das partikularistische Krankheitsverständnis

Von kulturanthropologisch orientierten Psychiatern wurde die Vergleichbarkeit der Manifestationsformen psychischer Erkrankungen aus Kulturen, die sich in ihren Menschen- und Weltbildern erheblich unterscheiden, grundsätzlich angezweifelt. Zu unterschiedlich und daher nahezu unübersetzbar seien die semantischen Felder, in welchen psychische Leidenszustände eingebettet sind, zu wenig vergleichbar die kulturspezifischen Krankheitskonzepte. Unter diesen Rahmenbedingungen könne die Suche nach universell gültigen Aussagen nur zu einer Nivellierung der Unterschiede führen. Die Kritik am partikularistischen Ansatz blieb von Seiten der universalistisch orientierten Psychiatrie allerdings nicht aus:

1. Ohne Referenzsystem sei es nicht möglich, überhaupt von einer bestimmten Erkrankung zu sprechen.
2. Was partikularistisch orientierte Forscher als kulturspezifische Erkrankung bezeichnen, könnte dem allgemein geteilten Krankheitsverständnis so fern stehen, dass man eigentlich schon von einem Culture-Bound-Syndrom sprechen müsse.

1.1.2 Das universalistische Krankheitsverständnis

Die kulturvergleichende Psychiatrie geht zumeist von einem universalistischen Krankheitsverständnis aus. Universalistische Ansätze zielen auf die Herausarbeitung gemeinsamer Muster und Eigenschaften ab. Neben Universalien, die auf der allen Menschen gemeinsamen biologischen Ausstattung beruhen, können auch kulturelle Universalien beschrieben werden (Antweiler 2007). Die dem Universalismus verpflichteten Forscher halten daran fest, dass es ungeachtet aller kulturellen Unterschiede der Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen, des zur Beschreibung psychischer Leidenszustände verwendeten semantischen Materials und der spezifischen Umgangsweise mit

der Erkrankung, möglich sei, einen kulturinvarianten Kern herauszuarbeiten, der als Referenzpunkt für fremdethnische Manifestationsformen psychischer Erkrankungen dienen könne. Zu vermeiden gelte es allerdings, unkritisch die in der klassischen europäischen Psychiatrie als typisch angesehenen Beschreibungen als selbstverständliches Referenzsystem für andere Kulturen und Ethnien zu übernehmen. Das häufig nicht explizit dargelegte Ziel des kulturvergleichenden Ansatzes ist es dagegen, mit statistischen oder hermeneutischen Methoden Idealtypen klinischer Bilder herauszuarbeiten, die Nähe und Distanz dieser Idealtypen zu kulturspezifischen Phänotypen psychischer Erkrankungen darzustellen und damit eine validere Ausgangsbasis für epidemiologische Untersuchungen zu gewinnen.

1.1.3 Das absolutistische Krankheitsverständnis

Die innerhalb der psychiatrischen Epidemiologie verbreitete absolutistische Haltung geht davon aus, dass Krankheitsbilder in allen Kulturen gleich aussehen und demnach kontextfrei bestimmt werden können. Sie können daher empirisch leicht mit standardisierten Verfahren erfasst und ohne kulturspezifische Kompetenz gedeutet werden. Quantitative Vergleiche erscheinen unproblematisch und leicht interpretierbar. Aus terminologischen Gründen und wegen der Verwendung eines vergleichenden Ansatzes wird der Universalismus oft fälschlicherweise mit dem Absolutismus gleichgesetzt.

Für die ISPS wurde ein universalistischer Ansatz gewählt. Diese Zugangsweise ist deutlich aufwändiger als der absolutistische Ansatz.

1.2 Wahl der Fragestellung

Kulturvergleichende psychiatrische Studien zielen immer auf die Herausarbeitung von kulturunabhängigen Ähnlichkeiten und kulturgeprägten Unterschieden ab. Prinzipiell kann der Vergleich diachron (historisch) oder synchron (im Querschnitt) erfolgen. In der Folge wollen wir uns ausschließlich mit synchronen Untersuchungsdesigns auseinandersetzen. Soll in einer populationsbasierten Studie das gesamte mögliche Spektrum an Erkrankungen verglichen werden, beschränkt man sich auf die Untersuchung der Häufigkeit einer einzelnen Erkrankung oder auf die Häufigkeit einzelner Symptome einer bestimmten Krankheit? Je breiter das Spektrum der erfassten Erkrankungen ist, desto geeigneter ist ein absolutistischer Ansatz, je enger die Fragestellung, desto günstiger ist ein universalistischer Zugang. Neben Krankheiten und deren Symptomatik können aber auch Haltungen zu Krankheiten und Störungsbildern (Krankheitskonzepte, Stigmatisierung, familiäre und soziale Unterstützung etc.), Familiensystemen und v.a.m. untersucht werden (s. Tab. 1).

Tab. 1 Untersuchungsschwerpunkte in der kulturvergleichenden Psychiatrie

Schwerpunkt	Parameter	epistemiologischer Zugang
Krankheit, klinisches Bild	Prävalenz	absolutistisch, universalistisch
	Subtypen, Syndrome (quantitativ)	absolutistisch, universalistisch
	Verlauf, Ausgang	absolutistisch
Syndrome, Symptome	Phänomenologie	universalistisch
Behandlung	Setting, Ansprechen, Nebenwirkungen	absolutistisch
Krankheitskonzepte	Einzelitems, übergeordnete Erklärungsmuster	universalistisch
Stigmatisierung	Einzelitems, übergeordnete Bereiche	universalistisch
soziale Unterstützung	Einzelitems, übergeordnete Bereiche	universalistisch
Familienstrukturen	Familienformen, Mitgliederanzahl, Familienstand der Eltern, Geschwisterreihen etc.	absolutistisch
soziale Integration	Familienstand, Ausbildung, Beruf des Patienten	absolutistisch

Die Ergebnisse können entweder für sich analysiert (Ritter et al. 2010; Stompe et al. 2010) oder mit Daten zur Häufigkeit, Verlauf und Gestaltung der Symptomatik einer psychischen Erkrankung in Beziehung gesetzt werden.

1.3 Referenzsysteme

Bevor man die Wirkungsweise lokaler Faktoren auf die Entstehung und Gestaltung psychischer Krankheiten studiert, muss festgelegt werden, welche meso- bzw. makrosoziokulturellen Einheiten für den Vergleich herangezogen werden und wie diese definiert sind (s. Tab. 2).

Tab. 2 Spektrum der Referenzgruppen

Einheiten	Anzahl	Bemerkungen
Menschen (Individuen)	6,56 Mrd.	= ca. 5,8% aller je gelebten Menschen (106,4 Mrd., seit 50.000 v.u.Z.)
Sprachen, linguistische Gruppen	5.000–7.000	starke Abnahme der Zahl: derzeit schon etwa 2.000 Sprachen mit weniger als 1.000 Sprechern
Ethnien: „Wir“-Kollektiv mit spezifischer Kulturtradition	2.500–8.000	Spektrum reicht von Ethnien mit wenigen Mitgliedern bis ca. 1. Mrd. (Han-Chinesen)
Staaten	225	Zunahme (1972: 172 Staaten; aber 1000 v. Chr. ca. 20.000 politische Einheiten)
Kulturregionen, „Kulturkreise“	9–20	9 Zivilisationen nach Huntington
Menschheit	1	Homo sapiens

Im angloamerikanischen Raum werden häufig Rassen verglichen (Kaukasier, Afroamerikaner, Latinos etc.). Im Gegensatz zum Rassenbegriff der deutschen Sprache, ist *race* im Englischen ein Terminus, der biologisch *und* kulturell konnotiert ist. In der deutschsprachigen Transkulturellen Psychiatrie sind die verglichenen Einheiten zumeist Staaten oder Großregionen, manchmal auch Sprachgruppen, Ethnien oder Kulturkreise.

Staaten sind politische Gebilde, die ethnisch und sprachlich in unterschiedlichem Maße homogen sind. Während etwa die eingesessene österreichische Bevölkerung sprachlich und ethnisch ziemlich homogen ist, gibt es bereits in der Schweiz vier gleichberechtigte Sprachen und in Nigeria sind sogar 511 lebende Sprachgemeinschaften katalogisiert. Insgesamt ist die angenommene Zahl der Sprachen rückläufig (geschätzt zwischen 5.000 und 7.000).

Ethnie oder *Ethnos* (von griechisch ἔθνος, éthnos, „Volk, Volkszugehörige“) ist ein Begriff aus der Sozial- und Kulturanthropologie (früher Ethnologie oder Völkerkunde). Ethnologen fassen mit diesem Begriff benannte Populationen von Menschen zusammen, die Herkunftssagen, Geschichte, Kultur, Verbindung zu einem spezifischen Territorium und ein Gefühl der Solidarität miteinander teilen. Durch den Begriff „ethnisch“ werden Menschen nicht nach linguistischen Gesichtspunkten in Gruppen eingeteilt. In manchen Ländern (vor allem in Einwanderungsländern wie den USA oder Kanada) benutzen verschiedene ethnische Gruppen dieselbe Sprache als gemeinsame Verkehrssprache. Andererseits gibt es innerhalb der Sprachen vieler ethnischer Gruppen stark ausgeprägte Dialekte, die sich im Laufe der Zeit in verschiedene Sprachen auseinander entwickeln können.

Großregion ist ein geographischer Begriff, der Bevölkerungsgruppen umfasst, die gewisse sprachliche oder kulturelle Gemeinsamkeiten zeigen (etwa „Westafrika“ oder „Indochina“). Wie leicht ersichtlich, sind diese Einheiten nicht deckungsgleich mit dem Kulturbegriff.

Der Terminus *Kultur* kommt vom Lateinischen *cultura* was soviel meint wie „Bearbeitung“, „Pflege“, „Ackerbau“, von *colere*, „wohnen“, „pflegen“, „den Acker bestellen“. Für den Systemtheoretiker Niklas Luhmann (1999) beginnt Kultur geschichtlich gesehen erst dann, wenn es einer Gesellschaft gelingt, nicht nur Beobachtungen vom Menschen und dessen Umwelt anzustellen, sondern auch spezielle Formen und Blickwinkel der Beobachtungen der Beobachtungen zu entwickeln. Diese Voraussetzung wurde an der Schwelle zur Moderne Ende des 18. Jahrhunderts erreicht. Seither wird der Terminus in der heute gebräuchlichen Weise verwendet. Er erfuhr zahlreiche Begriffsbestimmungen, die unterschiedliche Bedeutungsfacetten fokussierten. Eine Definition, die für die Transkulturelle Psychiatrie ausreichend weit ist, stammt von Alexander Thomas:

> *„Die Kultur einer Gruppe oder Klasse umfasst die besondere und distinkte Lebensweise dieser Gruppe oder Klasse, die Bedeutungen, Werte und Ideen, wie sie in Institutionen, in*

den gesellschaftlichen Beziehungen, in den Glaubenssystemen, in Sitten und Bräuchen, im Gebrauch der Objekte und im materiellen Leben verkörpert sind. Kultur ist die besondere Gestalt, in der dieses Material und diese gesellschaftliche Organisation des Lebens Ausdruck findet. Eine Kultur enthält die ‚Landkarten der Bedeutung', welche Dinge für ihre Mitglieder verstehbar machen" (Thomas et al. 2009).

Damit wird eine wichtige, auch von den Bielefelder Systemtheoretikern immer wieder hervorgehobene Funktion verdeutlicht: In einer komplexen natürlichen und sozialen Umwelt helfen kulturelle Muster Kontingenz zu reduzieren, was vermutlich ein evolutionärer Vorteil ist.

Als *Kulturkreis* oder *Kulturraum* bezeichnet man ein großflächiges Siedlungsgebiet, dessen Mitgliedern die gleiche oder zumindest eine ähnliche Kultur zugeschrieben wird. Das Konzept des Kulturkreises übersteigt in seiner Reichweite meist andere Einteilungen sozialer Einheiten wie soziale Gruppen, Stämme, Gesellschaften, Nationen oder „Völker". So spricht man beispielsweise vom „christlichen Abendland" bzw. vom „islamischen Orient" als zwei großen Kulturkreisen, die sich durch bestimmte Wertvorstellungen, soziale Normen, Sitten und Gebräuche auszeichnen. Wichtige klassische Vertreter der Kulturkreistheorie waren Leo Frobenius, Oswald Spengler und Arnold Toynbee. Die Definition der Größe eines Kulturkreises wird unterschiedlich vorgenommen und richtet sich nach der Auswahl von Bestimmungen, die für die Unterscheidungen typisch sein sollen. So wird einerseits von einem skandinavischen Kulturkreis gesprochen, der anderseits auch Teil des europäischen Kulturkreises sein kann. Eine beliebte Einteilung ist die in „Westlicher Kulturkreis", „Fernöstlicher Kulturkreis" oder in „Arabischer Kulturkreis". Wichtige lebende Vertreter einer gemäßigten Fassung dieser Theorie sind Samuel Huntington oder Bassam Tibi.

Welches Referenzsystem verwendet wird, hängt letztlich vom untersuchten Kollektiv und den zur Erklärung anstehenden Ergebnissen ab. Jeder Mensch ist Teil einer sprachlichen und kulturellen Gemeinschaft, die wieder zu größeren Einheiten zusammengefasst werden kann. In jedem Fall sollte man sich aber über Reichweite und Grenzen der verwendeten Begriffe im Klaren sein. In der IPSP erhoben wir die ethnische Zugehörigkeit und die Staatsangehörigkeit. Da bei kulturvergleichenden psychiatrischen Studien Migrationshintergrund ein Ausschlusskriterium darstellt, stimmen in den Österreich, Polen und Litauen Staatsangehörigkeit und ethnische Zugehörigkeit überein. Ganz anders ist die Situation jedoch in Georgien, Pakistan, Nigeria und Ghana zu bewerten, wo verschiedene ethnische Gruppierungen und Sprachgemeinschaften leben. Dies sei am Beispiel der beiden Westafrikanischen Staaten illustriert (s. Abb. 1).

Diskriminanzanalytisch zeigte sich, dass sich die Mitglieder der einzelnen Ethnien in ihrer produktiv-psychotischen Symptomatik in weniger als 10% der Varianz unterschieden, ähnliches ergab der Vergleich zwischen den beiden

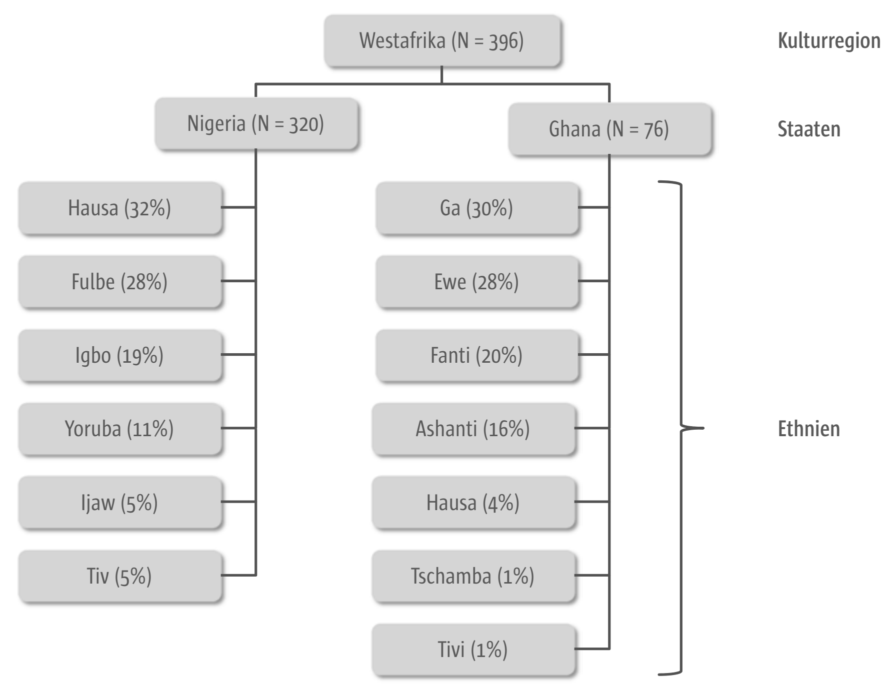


Abb. 1 Afrikanische Patienten der International Study of Psychotic Symptoms nach ethnischer Zugehörigkeit, Staatsbürgerschaft und Kulturregion

Westafrikanischen Staaten. Es kann also postuliert werden, dass sich gewisse Eigenheiten des Westafrikanischen Kulturraums (Beispiele wären der Glaube an Geister, Magie und Zauberei, ähnliche familiäre Sozialisationsbedingungen) vereinheitlichend auf die Phänomenologie psychotischer Symptome auswirken.

1.4 Auswahl der teilnehmenden Zentren, der Mitarbeiter/-innen, der Untersuchungsinstrumente, Ratertraining

Da, wie oben erwähnt, die kulturvergleichende Psychiatrie auf das Auffinden von kulturunabhängigen Ähnlichkeiten und kulturbedingten Unterschieden ausgerichtet ist, bewährt es sich für gewöhnlich, Länder oder Ethnien in die Studie einzuschließen, die eine ausreichende kulturelle Distanz zueinander aufweisen. Die Mitarbeiter der beteiligten Zentren sollten ausreichende Erfahrungen mit den kulturspezifischen Krankheitskonzepten und Symptomen besitzen. Es hat sich bewährt, sich auf Fachleute zu stützen, die einen Teil ihrer Ausbildung in Europa oder Nordamerika absolviert haben und bereits wissenschaftlich gearbeitet haben. Jede lokale Studiengruppe sollte aus zwei Ratern bestehen.

Die Auswahl der Untersuchungsinstrumente erfolgt nach drei Gesichtspunkten:

- Fragestellungen
- Vorliegen von geeigneten Instrumenten in den jeweilige Landessprachen
- epistemiologischer Ausgangspunkt

Im Rahmen der ISPS musste für die Erfassung der psychotischen Symptomatik schizophrener Erkrankungen ein eigenes Instrument entwickelt werden, da die bereits vorhandenen Fragebögen entweder von einem absolutistischen Krankheitsverständnis ausgingen oder für unsere Fragestellungen zu undifferenziert waren. Anhand der klassischen psychopathologischen Literatur und der vorliegenden transkulturell-psychiatrischen Arbeiten wurde eine Sammlung psychotischer Phänomene angelegt. Für die relevanten Zielitems wie Wahn oder Halluzinationen wurden aus der Literatur Definitionen gewählt, die in allen teilnehmenden Zentren akzeptiert wurden (Stompe 2008, 2010; Bauer et al. 2011). Darüber hinaus gibt es in dem eigens dafür entwickelten Fragebogen für psychotische Symptome neben den dichotom zu beantwortenden Items ausführlich Raum für die semistrukturierte deskriptive Beschreibung der Symptomatik. Wenn ein Patient das Vorliegen eines Symptoms bejahte, wurde er gebeten, einige Beispiele dafür zu geben. Wenn er etwa angab, Stimmen zu hören, wurde nach dem Thema, der Lokalisation, der Häufigkeit, der Dauer usw. nachgefragt. Damit wurde die Datenerhebung deutlich umfassender. Dadurch wurde es erst möglich, Stimmen mit großer Sicherheit von Gedankenlautwerden, Gedankeneingebungen, illusionären Verkennungen oder Vorstellungskonkretisierungen abzugrenzen (Stompe et al. 2003; Bauer et al. 2011)

Der strukturierte Abschnitt der deutschen Version des Fragebogens wurde einerseits mit dem von uns verwendeten diagnostischen Manual (SCID 1), andererseits mit dem semistrukturierten deskriptiven Abschnitt des Fragebogens validiert. Das Instrument wurde von den beiden österreichischen Ratern auf Interrater- und Retest-Reliabilität geprüft. Als nächster Schritt wurde der Bogen in die jeweiligen Landesprachen übersetzt und rückübersetzt. Die Übersetzung erfolgte im jeweiligen Zentrum, die Rückübersetzung in Österreich. Am aufwendigsten gestaltete sich das Rater-Training. Dabei wurde wie folgt vorgegangen: In jedem Zentrum wurden von einem Rater fünf aufwändige Kasuistiken zusammengestellt und an alle übrigen beteiligten Länder verschickt. Bereits zuvor wurden die Fallberichte von dem zweiten Rater beurteilt. Anschließend wurden alle Kasuistiken von sämtlichen Studienteilnehmern unter Zuhilfenahme des Fragebogens ausgewertet. Die Ergebnisse wurden geprüft, abweichende Bewertungen wurden solange diskutiert, bis Einigung bestand. Dieser Vorgang wurde ein halbes Jahr lang regelmäßig wiederholt, bis eine ausreichend gute Interrater-Reliabilität vorlag. Das Training erfolgte über Internet.

1.5 Interpretation der Ergebnisse

Im Falle statistisch signifikanter Ergebnisse gibt es drei sich ergänzende Ansätze, um psychopathologische mit soziokulturellen Daten in Verbindung zu setzen:

- Zur hermeneutischen Interpretation der Ergebnisse können soziologische, kulturpsychologische, kulturanthropologische, kulturgeschichtliche, kulturphilosophische oder religionsgeschichtliche Arbeiten über die jeweiligen Ethnien, Staaten oder Kulturregionen herangezogen werden.
- Auf der makrosozialen Ebene können demographische Daten wie der Modernisierungsgrad, die gesellschaftliche Ungleichheit, der Grad der Demokratisierung, die Verteilung der religiösen Konfessionen und andere Parameter der beteiligten Regionen zur Interpretation der Ergebnisse herangezogen werden. Diese aggregierten Daten können mit Prävalenzen korreliert werden. Die makrosozialen Parameter beziehen sich zwar nicht direkt auf die individuelle Situation des Patienten, beschreiben aber das größere Umfeld in dem das Individuum aufgewachsen ist und lebt. Auch wenn sich die individuellen Wertehaltungen des Einzelnen von denen der Mehrheitsgesellschaften unterscheiden, kann dieser sich üblicherweise nicht gänzlich dem Einfluss des gesellschaftlichen Umfelds entziehen.
- Auf der meso- und mikrosozialen Ebene werden individualisierte Daten, wie das persönliche religiöse Bekenntnis, verschiedenste Wertehaltungen, Sozialisationsparameter, Daten zum kulturellen Milieu und ähnliches mehr, mit psychopathologischen Daten in Verbindung gesetzt. Während durch makrosoziale Daten eher implizite Einflüsse von Kultur und Gesellschaft auf psychische Parameter erfasst werden, beschreiben mikro- und mesosoziale Faktoren den Einfluss der unmittelbaren Lebenswelt. Idealerweise sollten alle drei Methoden zur Interpretation der Ergebnisse kulturvergleichender Untersuchungen herangezogen werden.

Wie in den Beiträgen dieses Bandes ausführlich beschrieben wird, gibt es deutliche interkulturelle Variationen in der Häufigkeit und Gestaltung psychischer Erkrankungen. Selbst bei einer Störung mit ausgeprägter Heritabilität wie der Schizophrenie, von der man ursprünglich annahm, dass sie in allen Teilen der Welt in ähnlicher Verteilung vorkommt, konnten neue Metaanalysen Schwankungen der Prävalenz und Inzidenz nachweisen (McGrath et al. 2004; Saha et al. 2005). Dabei scheinen unterschiedliche kulturelle und biologische Faktoren für die Verteilungsunterschiede und für die phänomenologische Gestaltung psychischer Erkrankungen verantwortlich zu sein, was im Folgenden dargestellt werden soll.

1.6 Kultur und Pathogenese psychischer Erkrankungen

Nicht nur schizophrene Störungen, sondern die meisten bekannten psychischen Erkrankungen zeigen beträchtliche regionale Häufigkeitsschwankungen. Ein zentrales Aufgabenfeld der kulturvergleichenden Psychiatrie ist die systematische Suche nach den dafür verantwortlichen Faktoren. Dafür verwendet sie das methodische Rüstzeug von Nachbarwissenschaften wie der psychiatrischen Epidemiologie, der Kultur- und Sozialanthropologie sowie der Kultur- und Religionswissenschaften (Ritter u. Stompe 2011). Da es in den letzten 10 Jahren in der Transkulturellen Psychiatrie zu einer Annäherung zwischen kulturwissenschaftlichen und biologischen Ansätzen kam, werden immer häufiger populationsgenetische Theorien in die Überlegungen miteinbezogen.

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass viele der ätiologischen und pathogenetischen Konstellationen, die in der westlichen Psychiatrie in den letzten 100 Jahren herausgearbeitet wurden, auch in anderen Kulturen Gültigkeit haben. Darüber hinaus gilt es allerdings Häufigkeitsunterschiede zu erklären, die auf teilweise noch unbekannte, entweder pathogen und protektiv wirksame, kulturspezifische oder regionale biologische Varianten zurückgeführt werden müssen. Abbildung 2 zeigt ein heuristisches Modell, das den Rahmen für die Integration der (künftigen) Ergebnisse der verschiedensten Fachrichtungen bilden könnte.

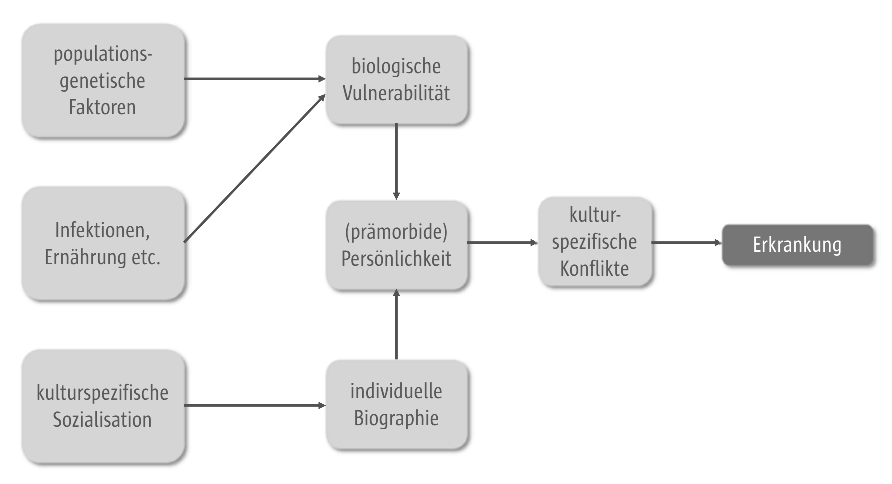


Abb. 2 Modell des Einflusses von Kultur und spezifischen biologischen Faktoren auf die Pathogenese psychischer Erkrankungen

Wie vor allem das junge Fach der Ethnopsychopharmakologie zeigt, gibt es pharmakogenetische Varianten, die sich auf die Metabolisierung und damit auf Wirkung und Nebenwirkungen von Psychopharmaka auswirken (Lin et al. 2008). Diese Erkenntnis ist nicht weiter überraschend; bereits in den 1990er-

Jahren konnten Cavalli-Svorza et al. (1994) populationsspezifische genetische Landkarten erstellen, die vorwiegend durch Gendrift und Wanderungsbewegungen erklärbar sind. In der Zwischenzeit liegt für nahezu jede Ethnie eine Fülle populationsgenetischer und molekulargenetischer Untersuchungen vor, die die Ethnogenese präzise nachvollziehbar machen. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der Prävalenzunterschiede auf genetischen Variationen beruht. Da zu den meisten psychischen Erkrankungen bisher keine konkreten molekulargenetischen Ergebnisse vorliegen, muss von einer uneinheitlichen polygenetischen Heritabilität ausgegangen werden. Wie Untersuchungen in Isolaten gezeigt haben, ist es schwierig, lokale genetische Varianten herauszufiltern (Baluyeva et al. 2007).

Auch nicht-genetische Faktoren wie lokale Ernährungsgewohnheiten, exotische (Schwangerschafts-)Infektionen sowie häufige Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen können einen Beitrag zu regionalen Prävalenzschwankungen leisten (z.B.: Mackay-Sim et al. 2004). Erwähnt werden soll an dieser Stelle die Hypothese von Torrey (2001), der davon ausgeht, dass der Anstieg der Prävalenz der Schizophrenie in Europa und Nordamerika auf die stille Ausbreitung einer Slow-virus Infektion zurückzuführen ist. Daraus würde sich auch das seltene Vorkommen dieser Erkrankung in abgelegenen Stammesgesellschaften ableiten lassen. Diese regional- und kulturspezifischen biologischen Faktoren können zusammen mit allgemeinen biologischen Faktoren zur Gesamtvulnerabilität beitragen.

Obwohl biologische Forschungsergebnisse zunehmend Gewicht für die pathogenetischen Modelle der Transkulturellen Psychiatrie bekommen, liegt der Forschungsschwerpunkt auf dem Einfluss der kulturellen Sozialisationsbedingungen auf Entstehung und Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen. Die Ethnopsychoanalyse und die Kulturpsychologie etwa zeigten, wie sich gesellschaftliche Wertehaltungen, vermittelt über die Familie und die Gemeinschaft, auf die Entwicklung von Persönlichkeitseigenschaften auswirken. Parin et al. (1963) wiesen bei dem in Nigeria lebenden Stamm der Dogon kollektive Ich- und Über-Ich-Strukturen nach, die als Gruppen-Ich und Klan-Gewissen bezeichnet wurden. Der Einfluss der Kultur reicht weit in Wahrnehmungsverarbeitung, Urteilsbildung und die Gestaltung der Identität hinein (Kitayama u. Cohen 2007). Die kulturvergleichende Gehirnforschung konnte sogar nachweisen, dass diese kulturspezifischen psychologischen Merkmale teilweise mit der Aktivierung unterschiedlicher neuronaler Netzwerke im Gehirn assoziiert sind (Chiao 2009). Inzwischen hat die Erforschung des Einflusses von kulturspezifischen psychologischen und neurobiologischen Eigenschaften auf die Psychopathologie begonnen (Choudhury u. Kirmayer 2009).

All diese biologischen und soziokulturellen Faktoren tragen neben der individuellen biographischen Entwicklung zur Formung der Persönlichkeit bei. Jeder Mensch verfügt aufgrund seiner ontogenetischen Entwicklung über ein mehr oder weniger gut ausgebildetes Potenzial, alltägliche und nichtalltäg-

liche Belastungen zu bewältigen. Es gibt allerdings kulturspezifische Belastungen und Konflikte, die bei vulnerablen Menschen psychische Erkrankungen auslösen können. Frauen in patrilinearen und patriarchalischen Gesellschaften heiraten für gewöhnlich in sehr jungen Jahren in die Familie des Ehemannes ein (Patrilokalität). Sie unterstehen der Herrschaft ihrer Schwiegermütter und haben mit einem Schlag die soziale Unterstützung der Herkunftsfamilie verloren. Häufige Folge sind psychosomatische, dissoziative oder affektive Erkrankungen. Aber auch im westlichen Kulturraum finden sich spezifische Belastungszonen, die zu Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten sowie psychischen Störungen führen können. Die männliche Identitätsfindung unter den Bedingungen des Zusammenbruchs allgemein gültiger hegemonialer Männlichkeitsbilder im Zeitalter der Postmoderne führt bei prädisponierten Jugendlichen zu narzisstischen und dissozialen Persönlichkeitsentwicklungen und zu gewalttätigen Verhaltensweisen (Robertz u. Wickenhäuser 2010). Bei Frauen sind westliche weibliche Schönheitsideale mit dem häufigen Auftreten von Anorexia nervosa und Bulimie assoziiert. Als Folge subjektiver Arbeitsüberlastung ist das Burn-out Syndrom in spätkapitalistischen Gesellschaften geradezu zu einem Leistungsnachweis geworden. Starre soziale Rollenübernahmen können bei Frauen in Europa zu Depressionen (Tellenbach 1960), in Malaysia zu Latah, einem dissoziativen kulturspezifischen Syndrom, führen (Pfeiffer 1994).

1.7 Kultur und die Gestaltung psychischer Erkrankungen

Während die regionalen Schwankungen der Häufigkeit psychischer Erkrankungen vermutlich auf komplexe Wechselwirkungen biologischer und soziokultureller Faktoren zurückgehen, ist der Einfluss der Kultur vorwiegend für die lokalen Unterschiede der phänomenologischen Gestaltung der Symptomatik verantwortlich (s. Abb. 3).

Die durch Sozialisationsinstanzen wie Familie, Peergroup, Schule und Massenmedien an jeden Einzelnen vermittelten Werte und Symbolsysteme beeinflussen zusammen mit krankheitsspezifischen Faktoren die Ausgestaltung der Symptomatik. Die angeführten Sozialisationsinstanzen sind integraler Teil der Lebenswelt des Patienten (Schütz u. Luckmann 1979). Diese ist die „ausgezeichnete Wirklichkeit“, in der jeder Mensch lebt, denkt, handelt und sich mit anderen verständigt. Die Alltagswelt ist vorgegeben und wird fraglos und selbstverständlich hingenommen, sie ist der unhinterfragte Boden aller Geschehnisse. Sie ist von Anfang an eine intersubjektive Kulturwelt, in der alle Tatsachen immer schon interpretierte Tatsachen sind, die auf Sinnzusammenhänge und Deutungsmuster verweisen, welche Erfahrung und Handeln in der alltäglichen Welt ermöglichen. Sobald sich bei Kindern das Symbolverständnis entwickelt hat, werden über die Sozialisationsinstanzen der Lebenswelt Werte und Symbolsysteme vermittelt, die gemeinsam mit individuellen

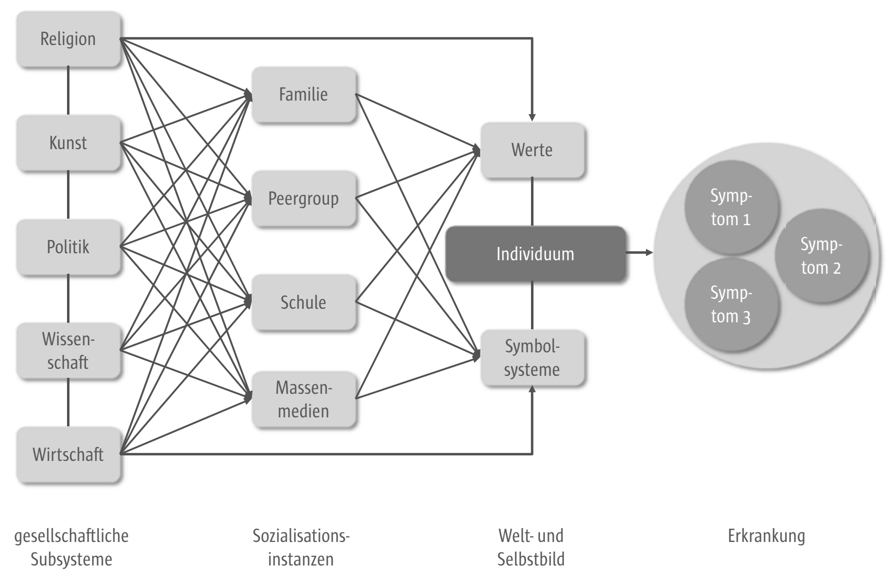


Abb. 3 Modell des Einflusses der Kultur auf die Symptomgestaltung psychischer Erkrankungen

biographischen Erfahrungen das Weltbild des Einzelnen formen. Diese von Familie, Peergroup, Schule und Massenmedien vermittelten Werte und Symbole sind wiederum durch die Semantik gesellschaftlicher Subsysteme wie Religion, Moral, Wirtschaft, Wissenschaft, Kunst, Recht oder Politik generiert (Luhmann 1993–1999). Die Semantik gesellschaftlicher Subsysteme unterliegt einem historischen Wandel, durch den sich ein Teil der Veränderungen schizophrener Wahnthemen in den letzten 150 Jahren erklären lässt (Stompe et al. 2003).

Wenn man sich der Bedeutung der lokalen Unterschiede von Struktur und Inhalt psychischer Symptome und Syndrome über die hermeneutische Analyse der Semantik gesellschaftlicher Subsysteme anzunähern versucht, ergeben sich einige methodische Probleme. Die Gesellschaft unterliegt nach Luhmann einer evolutionären Entwicklung, die von segmental differenzierten tribalen Gemeinschaften über die Zentrum-Peripherie-Differenzierung der frühen Hochkulturen zu den hierarchisch differenzierten Gesellschaften verlaufen ist. Erst in der Neuzeit begann sich die in der (post-)industriellen Welt dominante funktionale Differenzierung herauszubilden (Luhmann 1998). Voll entwickelt, sind in funktional differenzierten Gesellschaften soziale Subsysteme voneinander unabhängig und nur strukturell miteinander gekoppelt. Keines der Subsysteme ist dem anderen übergeordnet. Die Wirtschaft etwa ist ebenso von der Wissenschaft abhängig wie umgekehrt, das Rechtssystem und die Politik sind selbstverständlich strukturell gekoppelt, arbeiten aber unabhängig voneinander (s. Abb. 4).

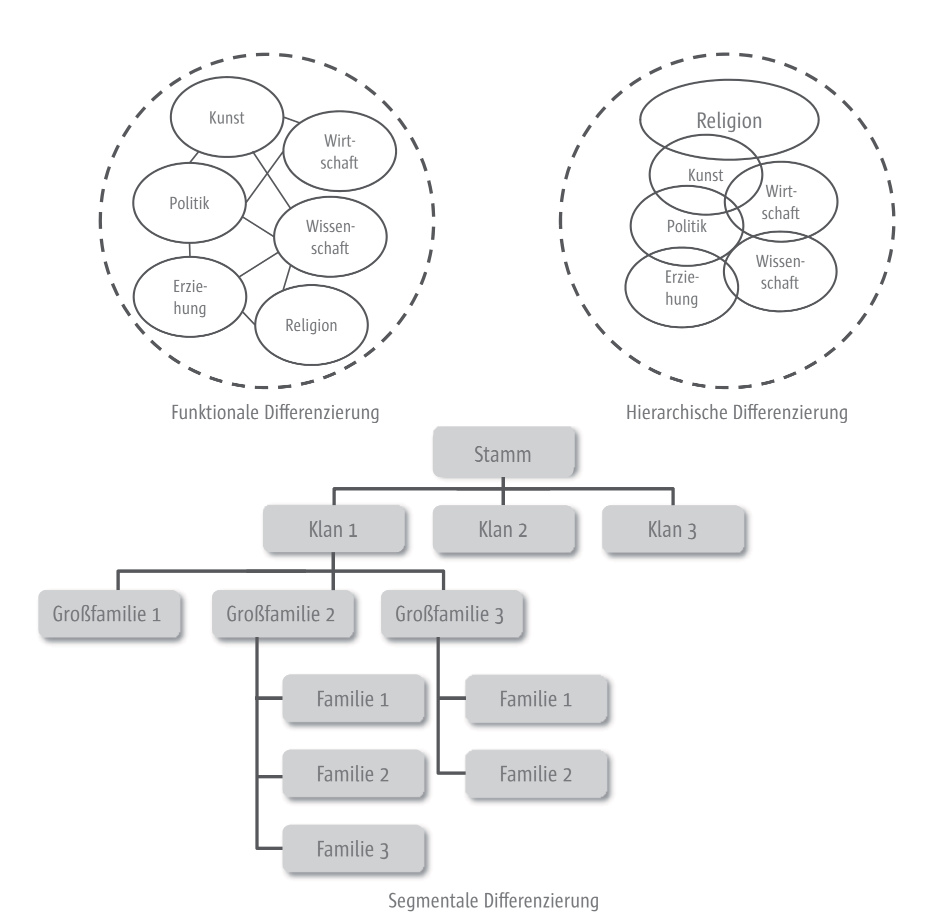


Abb. 4 Funktional, hierarchisch und segmental differenzierte Gesellschaften

Ganz anders ist die Lage in hierarchisch differenzierten Gesellschaften. Die einzelnen Subsysteme sind in wesentlich geringerem Maße voneinander unabhängig, eines, zumeist die Religion, beansprucht die Führungsrolle. Wiederum anders ist das in segmental differenzierten Stammesgesellschaften, in denen sich spezialisierte gesellschaftliche Subsysteme noch gar nicht entwickeln konnten. Wenn man also etwa den Einfluss der Religion auf Häufigkeit und Inhalt des religiösen Wahns in Österreich, Pakistan oder in einem Yoruba-Dorf in Nigeria analysieren möchte, gilt es zu beachten, dass Religion in jeder dieser Sozietäten einen vollkommen andersartigen Bedeutungsumfang hat und gänzlich unterschiedlich verankert ist. Kompliziert wird die Situation darüber hinaus durch den Umstand, dass im Zuge der Kolonialisierung und später der Globalisierung einzelne Stadien der gesellschaftlichen Entwicklung übersprungen werden und Hybridgesellschaften entstanden sind. In Nigeria und anderen afrikanischen Staaten etwa werden traditionelle segmentale Stammesstrukturen durch hierarchische Stratifizierungen und funktionell differenzierte Subsysteme überlagert.

Diese Einführung in die Fragestellungen, methodischen Probleme und die Aussagekraft der kulturvergleichenden Psychiatrie sollte ermuntern (und nicht abschrecken), sich mit diesem komplexen Forschungsgebiet auseinanderzusetzen. Die Beiträge dieses Bandes präsentieren Ergebnisse der Forschungsanstrengungen der kulturvergleichenden Psychiatrie zum Einfluss der Kultur auf Häufigkeit und Gestaltung klinischer Krankheitsbilder.

Literatur

Antweiler C (2007) Was ist den Menschen gemeinsam? Über Kultur und Kulturen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt

Bauer S, Schanda H, Karakula H, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, Chaudhry HR, Idemudia I, Gscheider S, Ritter K, Stompe T (2011) Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. Compr Psychiatry 52, 319–325

Bulayeva KB, Glatt SJ, Bulayev OA, Pavlova TA, Tsuang MT (2007) Genome-wide linkage scan of schizophrenia: a cross-isolate study. Genomics 89, 167–177

Cavalli-Sforza LL, Menozzi P, Piazza A (1994) The history and geography of human genes. University Press Princeton Princeton

Chiao JY (Hrsg.) (2009) Cultural neuroscience: Cultural influences on brain functions. Elsevier Amsterdam Boston Heidelberg

Choudhury S, Kirmayer LJ (2009) Cultural neuroscience and psychopathology: prospects for cultural psychiatry. In: Chiao JY (Hrsg.) Cultural neuroscience: Cultural influences on brain functions. 263–283. Elsevier Amsterdam Boston Heidelberg

Kitayama S, Cohen D (Hrsg.) (2007) Handbook of cultural psychology. The Guilford Press New York London

Lin K-M, Singh BS, Chiu E (2008) Ethno-Psychopharmacology. Cambridge University Press Cambridge

Luhmann N (1993–1999) Gesellschaftssystem und Semantik. Band 4. Suhrkamp Frankfurt am Main

Luhmann N (1998) Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp Frankfurt am Main

Luhmann N (1999) Kultur als historischer Begriff. In: Luhmann N Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenschaftssoziologie der modernen Gesellschaft. Band 4. 31–54. Suhrkamp Frankfurt am Main

Mackay-Sim A, Féron F, Eyles D, Burne T, McGrath J (2004) Schizophrenia, vitamin D, and brain development. Int Rev Neurobiol 59, 351–80

McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D (2004) A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med 2, 13

Parin P, Morgenthaler F, Parin-Matthey G (1963) Die Weißen denken zu viel. Fischer Frankfurt am Main

Pfeiffer W (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Thieme Stuttgart

Ritter K, Chaudhry HR, Zitterl W, Aigner M, Stompe T (2010) Subjektive Krankheitsmodelle zwischen spezifischer Krankheitserfahrung und Kultur. Neuropsychiatr 24, 33–41

Ritter K, Stompe T (2011) Transkulturelle Psychiatrie – Möglichkeiten und Grenzen. Spektrum Psychiatrie 1, 15–19

Robertz FJ, Wickenhäuser R (2010) Kriegerträume. Warum unsere Kinder zu Gewalttätern werden. Herbig München

Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med 2, e141

Schütz A, Luckmann T (1979) Strukturen der Lebenswelt. Suhrkamp Frankfurt am Main

Srubal I, Renn J, Wenzel U (Hrsg.) (2005) Kulturen vergleichen. Sozial- und kulturwissenschaftliche Grundlagen und Kontroversen. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Stompe T (2006) Future directions of transcultural psychiatry. WPA-TPS Conference Vienna, April 2006. WACP Newsletter 2, 48–51

Stompe T (2008) Überlegungen zur Problematik kulturvergleichender psycho-pathologischer Untersuchungen am Beispiel der Schizophrenie. In: Golsabahi S, Heise T (Hrsg.) Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin

Stompe T (2010) Transkulturelle Wahnforschung. Psychopraxis 13, 22–27

Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H (2003) Old wine in new bottles? Stability and plasticity of the contents of schizophrenic delusions. Psychopathology 36, 6–12

Stompe T, Ritter K, Hauska S, Chaudhry HR (2010) Krankheitsmodelle bei Patienten mit Schizophrenie in Pakistan und in Österreich unter besonderer Berücksichtigung von Genderaspekten. Neuropsychiatr 24, 252–258

Stompe T, Ritter K, Schrank B (2010a) Depression und Kultur. Neuropsychiatr 24, 33–41

Tellenbach H (1960) Melancholie. Springer Berlin Heidelberg New York Tokio

Thomas A, Kinast E-U, Schroll-Machl S (2009) Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen

Torrey F (2001) The invisible plague: the rise of mental illness from 1750 to the present. Rutgers University Press

2 Schizophrenie und akute vorübergehende Psychosen

Thomas Stompe und Wielant Machleidt

Schizophrenie war in den letzten 50 Jahren häufig ein zentraler Untersuchungsgegenstand der kulturvergleichenden Psychiatrie. Daneben wurden vor allem in ethnopsychiatrisch orientierten Arbeiten akute, psychotische Zustandsbilder beschrieben, die im Querschnitt schizophrenen Erkrankungen ähnlich sehen, sich aber durch einen günstigen Verlauf mit kompletten Remissionen auszeichnen. Im Folgenden sollen beide Formen vorgestellt werden, wobei der Schwerpunkt allerdings auf den Darstellungen der Schizophrenie liegt.

2.1 Schizophrenie

Schizophrenie ist eine zumeist schubhaft oder chronisch verlaufende psychotische Erkrankung mit einer durchschnittlichen Lebenszeitprävalenz von 0,5–1%. Aufgrund der häufig ungünstigen Verläufe übersteigt die volkswirtschaftliche Bedeutung die realen Prävalenzen deutlich. Seit dem 19. Jahrhundert finden sich gut identifizierbare Beschreibungen schizophrener Krankheitsbilder. Der Terminus selbst wurde von Eugen Bleuler (1911) in die psychiatrische Fachliteratur eingeführt und löste rasch den von Emil Kraepelin geprägten Begriff der Dementia praecox ab. Die genaue Definition, der Umfang und die Binnendifferenzierung der Schizophrenie blieben während des gesamten 20. Jahrhunderts umstritten. Auch die Kriterien der inzwischen allgemein gebräuchlichen Klassifikationssysteme der World Health Organization (ICD-10) und der American Psychiatric Association (DSM-IV) unterscheiden sich in wichtigen Details (s. Tab. 3).

Tab. 3 Schizophrenie in der ICD-10 (WHO 1993) und im DSM-IV (APA 1996)

	ICD-10	DSM-IV
Symptomatik	1. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung 2. Kontroll-, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen 3. kommentierende-, dialogische Stimmen 4. anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn 5. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität 6. Gedankenabreißen, Einschiebungen in den Gedankenfluss, Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen 7. katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien, wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus, Stupor 8. negative Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt	1. Wahn 2. Halluzinationen 3. desorganisierte Sprechweise 4. desorganisiertes oder katatones Verhalten 5. negative Symptome 6. mindestens 2 von 5
Folgen	–	soziale/berufliche Leistungseinbußen
Zeitkriterium	mindestens ein eindeutiges Symptom von 1–4 oder mindestens zwei von 5–8 fast ständig während eines Monats	Zeichen des Störungsbildes halten mindestens 6 Monate an

Beide Klassifikationssysteme greifen dabei auf deutschsprachige Klassiker der psychopathologischen Schizophrenieforschung zurück. Die WHO (1993) verwendet für die Beschreibung des Symptomatik vorwiegend die Schneider'schen Symptome ersten Ranges (Schneider 1952), die APA (1996) hingegen die akzessorischen Symptome Eugen Bleulers (1911). Das Zeitkriterium der WHO verweist auf Bleulers Annahmen über die Existenz günstiger schizophrener Verläufe, während die APA sich eher den pessimistischen Annahmen Kraepelins anschließt.

Die Ätiologie der Schizophrenie ist weitgehend ungeklärt. Man geht von einer komplexen Genese aus, in der biologische, biographische und soziokulturelle Faktoren interagieren. Wissenschaftliche Untersuchungen in fremden Kulturen und die Begegnung mit psychisch kranken Migranten hoben deutlich die große Rolle der kulturellen Rahmenbedingungen hervor. Es gilt daher in Folge, die Bedeutung der kulturvergleichenden Psychiatrie für die Schizophrenieforschung der Gegenwart herauszustreichen.

2.1.1 Geschichte der kulturvergleichenden Schizophrenieforschung

Emil Kraepelin war im deutschen Sprachraum der Erste, der die Bedeutung von kulturvergleichenden Untersuchungen für die Psychiatrie erkannte:

„Bisher haben sich alle vergleichend psychiatrischen Untersuchungen auf die Gruppenbildung innerhalb eines Volkes beschränkt. Wir sind uns durchaus im Unklaren darüber, ob und in welchen Punkten sich die psychische Morbidität der Franzosen, Engländer, Italiener von der unsrigen unterscheidet. Ein irgendwie zuverlässiger Vergleich ist natürlich auch erst dann möglich, wenn wir nicht allein Zustandsbilder, sondern wirkliche Krankheitsformen auseinander zu halten vermögen, und er kann wegen der Verschiedenheit der klinischen Auffassungen für absehbare Zeit nur von ein und demselben Beobachter durchgeführt werden. Aus diesem Grunde sind die Angaben über die psychischen Erkrankungen fremder Menschenrassen nur in einigen wenigen Punkten verwertbar, obgleich an sich gerade die Größe der hier zu erwartenden Unterschiede den Vergleich besonders fruchtbar und zuverlässig machen sollte.“ (Kraepelin 1904a)

Kraepelin entwarf damit ein für diese Zeit richtungweisendes theoretisches Programm für ein neues psychiatrisches Forschungsfeld (Bendick 1989; Boroffka 1989). Er war aber auch erste Psychiater aus dem deutschsprachigen Raum, der systematisch eine außereuropäische Krankenhauspopulation untersuchte (Kraepelin 1904b). Mit dem Erkenntnisinteresse ausgestattet, das ubiquitäre Vorkommen der von ihm postulierten Dichotomie der endogenen Psychosen in Manisch-depressives Irresein und der Dementia praecox nachzuweisen, besuchte Kraepelin während einer Weltreise ein holländisches Kolonialspital in Java, wo er mit Unterstützung von einheimischen Dolmetschern mehr als 100 stationär aufgenommene Patienten persönlich explorierte. Er fand heraus, dass Fälle von Dementia praecox unter den Einheimischen häufiger vorkamen als unter den europäischen Kolonialherren. Im Vergleich zu den Patienten mit Dementia praecox, die Kraepelin in Deutschland untersucht hatte, traten katatone Störungen bei den Javanesen nur gelegentlich auf, auch akustische Halluzinationen waren deutlich seltener als in Europa, zusammenhängende Wahnbildungen fanden sich nur angedeutet oder fehlten überhaupt vollständig. Initiale depressive Zustände ebenso wie heftige Erregungszustände gab es nur selten, auch schwere Residualverfassungen („Verblödung“) wurden in der Regel nicht erreicht. Die Endzustände boten meist „das Bild einer gewissen faseligen Verworrenheit und Unklarheit ohne äußerlich besonders auffallende Begleiterscheinungen“ (Kraepelin 1904a, S. 435). Kraepelin zog daraus den Schluss, dass kein einziges der in Deutschland geläufigen Symptome der Dementia praecox fehlte, deren Ausprägung insgesamt aber weniger deutlich war. Kraepelins sozial-darwinistisches Erklärungsmodell für die vorgefundenen Unterschiede ist ein Spiegel des kolonial-eurozentristischen Denkens des imperialen Zeitalters:

„Insbesondere könnte die Geringfügigkeit der Wahnbildungen mit dem niedrigen Stand der geistigen Entwicklung und die Seltenheit der Gehörstäuschungen mit dem Umstande in Beziehung stehen, dass die Sprache für das mehr in Sinnesvorstellungen sich bewegende Denken nicht die Bedeutung hat, wie bei uns“ (Kraepelin 1904a, S. 436).

Aus der Perspektive der kulturvergleichenden Schizophrenieforschung war die Periode nach den Kraepelins Aufzeichnungen bis 1955 durch einen relativen Stillstand gekennzeichnet. In den Kolonien der europäischen Nationen beschränkten man sich auf die Auswertung von Statistiken psychiatrischer

Krankenhäuser, die allerdings mehr das Inanspruchnahmeverhalten als reale Prävalenzen abbildeten (s. Abb. 5).

Die Unterschiede sind so deutlich, dass populationsbiologische Mechanismen oder Umweltfaktoren wie Infektionserkrankungen oder Sozialisationsbedingungen die gesamte Spannweite dieser Krankenhausprävalenzen nicht erklären können. Vielmehr bilden sich hier vermutlich auch Zugangsbarrieren zur westlichen medizinischen Behandlung und/oder die Dominanz traditioneller Medizinsysteme ab.

Daneben gab es vereinzelt ethnopsychiatrische Untersuchungen wie die detaillierten Aufzeichnungen von Georg Devereux über die therapeutischen Gespräche mit einem schizophrenen Mann vom Stamme der Sioux (Devereux 1961, 1985). Weitere psychiatrische Feldforschungen in traditionellen Stammesgesellschaften aus dieser Zeit belegten, dass Schizophrenie in einer weiten Definition in allen untersuchten Gemeinschaften vorkommt. Beispiele sind die Untersuchungen von Salisbury bei den Siane im Hochland von Neuguinea, von Cawte über die Kalamuru- und Walbiri-Aborigines in Australien, von Aall-Jilek über die Wagoporo in Tanzania, von Teicher über die Inuits in der nördlichen Hudsonbay-Region und von Spiro über die Melanesier von Ifaluk (Pfeiffer 1994). Zwar erkannten in dieser Zeit die meisten Autoren an, dass Schizophrenie ein ubiquitär vorkommendes Krankheitsbild ist, dem kulturanthropologischen Ansatz folgend wurden jedoch mehr die Unterschiede als die Ähnlichkeiten hervorgehoben. So wurde bereits in den 1950er-Jahren von afrikanischen Nervenärzten wie Lambo (1957) die Übertragbarkeit westlicher Diagnosekonzepte auf Stammesgesellschaften kritisch hinterfragt. Hervorgehoben wurde dabei, dass die Psychosen in afrikanischen Gemeinschaften nur selten einen chronischen Verlauf nehmen und fast nie dem Bild einer schizophrenen Prozesspsychose entsprechen.

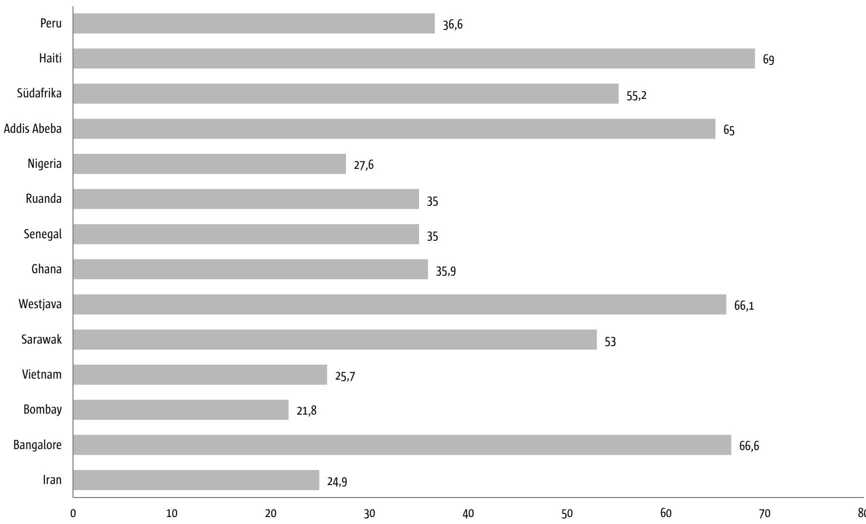


Abb. 5 Untersuchungen zum prozentuellen Anteil von Schizophreniekranken an den stationären Krankenhausaufnahmen außerhalb Europas zwischen 1930–1960 (nach Pfeiffer 1994)

Entscheidende neue Impulse für die kulturvergleichende Schizophrenieforschung kamen nach dem 2. Weltkrieg aus Kanada. 1955 gründeten Eric Wittkower und Jack Fried in Montreal die Sektion für transkulturell-psychiatrische Studien als Kooperation zwischen der psychiatrischen Abteilung und dem anthropologischen Institut der McGill Universität. In dieser Arbeitsgruppe war es Murphy, der sich am intensivsten mit transkulturellen Aspekten der Schizophrenie auseinandersetzte. Um einen ersten umfassenden Überblick zur kulturellen Verteilung schizophrener Symptome zu gewinnen, schickte er 1960 einen Fragebogen an 40 Psychiater in 27 Ländern aus. Erhoben wurde darin, in welcher Weise sich die Patienten aus der Kultur des behandelnden Arztes von den Kranken aus anderen Kulturen unterscheiden. Viele Ergebnisse der Studien dieser Arbeitsgruppe sind zu einem festen Bestandteil des transkulturell-psychiatrischen Diskurses über die Schizophrenie geworden (s. Tab. 4) und wurden in späteren, methodisch aufwändigeren, dafür aller-

Tab. 4 Vorkommen schizophrener Symptome nach Murphy (1963)

schizophrene Symptome und Syndrome	soziokulturelle Korrelate
paranoider Typus	am häufigsten in der urbanen Mittelklasse
	am seltensten in der Landbevölkerung
katatoner Typus	am seltensten bei Euro-Amerikanern
hebephrener Typus	am häufigsten bei Japanern
simplex Typus	am häufigsten bei Asiaten
visuelle Halluzinationen	am häufigsten in Afrika und im Nahen Osten
	am seltensten bei städtischen Euro-Amerikanern
taktile Halluzinationen	am häufigsten in Afrika und im Nahen Osten
Größenwahn	am häufigsten in der Landbevölkerung
Weltuntergangswahn	am häufigsten bei Christen
religiöser Wahn	am häufigsten bei Christen
Eifersuchtswahn	am häufigsten bei Asiaten
Depersonalisation	am häufigsten in der Landbevölkerung
Affektverflachung	am häufigsten bei Japanern
	häufig in Südamerika
sozialer Rückzug	am häufigsten bei Japanern
Negativismus	am häufigsten in Indien und Südamerika
Erregungszustände	am häufigsten in Afrika und Südamerika
	am seltensten in angelsächsischen Ländern
Stereotypien	am häufigsten in Hinterindien
	am seltensten bei Euro-Amerikanern
katatone Starre	am häufigsten in Hinterindien
Suizidalität	am häufigsten bei Japanern
Gefühlsausbrüche	am häufigsten bei Christen

dings weniger breit angelegten Untersuchungen wiederholt bestätigt (Murphy et al. 1963; Murphy u. Raman 1971; Wittkower et al. 1960).

Mit der International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS) fand die transkulturelle Psychiatrie endgültig Anschluss an die strengen methodischen Maßstäbe der Gegenwartspsychiatrie. Die Planung dieser klinischen und epidemiologischen kulturvergleichenden Untersuchungen erfolgte durch die World Health Organization in den späten 1960er-Jahren (WHO 1973). Die IPSS umfasste neun Zentren aus Afrika (Nigeria), Asien (Taiwan, Indien), Europa (Großbritannien, Dänemark, Tschechoslowakei, UDSSR) und Amerika (USA, Kolumbien) (Sartorius et al. 1972). Nach zwei Jahren durchliefen 82% der ursprünglichen Kohorte die komplette neuerliche Untersuchung, nach fünf Jahren immerhin noch 75% (Sartorius et al. 1977, 1978, 1996; Jablensky et al. 1992). Trotz zum Teil berechtigter Kritik setzte die International Pilot Study of Schizophrenia Maßstäbe für alle zukünftigen kulturvergleichenden Untersuchungen auf dem Feld der epidemiologischen Psychiatrie. Die IPSS war der Auftakt für weitere große Schizophreniestudien der WHO, wie die zehn Länder umfassende „Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders“ (Edgerton u. Cohen 1994) oder zu der „International Study of Schizophrenia“ (Hopper et al. 2001). Auch außerhalb der WHO-Studien etablierten sich inzwischen länderübergreifende Kooperationen wie die sieben Länder umfassende „International Study on Psychotic Symptoms“ (ISPS) (Stompe u. Friedmann 2007).

2.1.2 Epidemiologie

Wie bereits erwähnt, beruhte die Epidemiologie der Schizophrenie in außereuropäischen Kulturen in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts im Wesentlichen auf Spitalsstatistiken. Seit den 1970er-Jahren wandelte sich das Bild unter dem Eindruck der Ergebnisse der großen kulturvergleichenden Untersuchungen der WHO. Nunmehr ging man von einer nahezu gleichmäßigen Verteilung der Schizophrenie in allen Teilen der Welt aus, ein Resultat, das allerdings ebenfalls erhebliche Fragen aufwarf. In der Zwischenzeit hat sich eine differenziertere, realitätsgerechtere Sichtweise etabliert, die sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede in der Verteilung schizophrener Erkrankungen interpretieren kann.

Inzidenz

Ende der 70er-Jahre wurde von der WHO eine internationale Untersuchung in Nachfolge der IPSS initiiert, die Studie über Determinanten schwerer psychischer *Störungen (WHO Collaborative Study on the Determinants of Outcomes of Severe Mental Disorders DOS)* (Jablensky et al. 1992). Ziel dieser Arbeit war, Inzidenz und Prognose schwerer psychischer Erkrankungen, insbesondere der Schizophrenie, in verschiedenen Gesellschaften zu evaluieren. 12 Studienzentren nahmen an der Untersuchung teil: Aarhus (Dänemark), Agra und Chandigarh (Indien),

Cali (Kolumbien), Dublin (Irland), Honolulu und Rochester (USA), Ibadan (Nigeria), Moskau (Russland), Nagasaki (Japan), Nottingham (Großbritannien) und Prag (Tschechien). Eingeschlossen wurden alle Erstkontakte mit Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Ergebnisse zeigten, dass bei Anwendung einer *breiten* Definition von Schizophrenie die jährlichen Inzidenzraten der Risikoaltersgruppe 15–54 Jahre zwischen 1,5 bis 4,2 pro 10.000 Einwohner schwankten (Jablensky et al. 1992). Bei Verwendung *enger gefasster* Forschungskriterien der Schizophrenie lag die Spannbreite der jährlichen Inzidenzraten unter den beteiligten Zentren nur noch zwischen 0,7 bis 1,4 pro 10.000 Einwohner. Die Ergebnisse der DOS-Studie bestätigten die Resultate anderer epidemiologischer Untersuchungen, die in der Vergangenheit in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden (Tseng 2001).

Von kulturanthropologisch orientierten Psychiatern wurde allerdings häufig moniert, dass die Autoren dieser Studie Gemeinsamkeiten hervorhoben und Unterschiede ignorierten. Zudem seien die epidemiologischen Daten der WHO-Studien aus den außereuropäischen Ländern vorwiegend in Großstädten wie Ibadan erhoben worden, weshalb über das Vorkommen von Schizophrenie in traditionellen segmentierten Gesellschaften keine Aussage getroffen werden könne. Eine Bestätigung fand diese Ansicht in aktuellen Arbeiten, die ein differenzierteres Licht auf die „epidemiologische Landschaft" der Erkrankung werfen. In einer Metaanalyse von 161 Studien aus 33 Ländern fanden McGrath et al. (2004) doch eine deutliche Schwankungsbreite der Inzidenz (0,7 bis 4,3 pro 10.000 Einwohner).

Prävalenz

Pfeiffer (1994) belegte durch zahlreiche Beispiele, dass akute und chronische schizophrene Psychosen auch in isolierten traditionellen Gesellschaften vorkommen. Im Vergleich zu den Inzidenzraten sind die Unterschiede der Prävalenz manifester schizophrener Krankheitsbilder in verschiedenen Populationen deutlicher (Sartorius et al. 1996). Eine neuere Metaanalyse von 188 Studien aus 46 Ländern bestätigte die Ergebnisse der WHO-Studien (Saha et al. 2005). Unabhängig vom Typ der Prävalenz (Punkt-, Perioden-, Lifetime-Prävalenz) zeigen sich deutliche interkulturelle Schwankungen. Die geschätzte Prävalenz der am „wenigsten entwickelten" Länder (Median = 2,62 auf 1.000 Einwohner) ist statistisch signifikant niedriger (p = .02) als diejenige der „Schwellenländer" (Median = 4,69 auf 1.000 Einwohner) und „entwickelten" Länder (Median = 3,30 auf 1.000 Einwohner). Dass sich traditionelle Gemeinschaften von Übergangsgesellschaften unterscheiden, bestätigt die Ergebnisse der Feldforschungen von Torrey et al. (1974) in Papua Neu Guinea. Bei den abgeschieden lebenden Stämmen der Bergregionen fand sich eine Prävalenz zwischen 0,03 und 0,19 pro 1.000 Einwohner, in den Küstenbezirken, deren Bevölkerung seit langem regelmäßigen Kontakt zu Australiern und Europäern hatte, war die Prävalenzrate deutlich höher (0,38–0,77 pro 1.000). Darüber hi-

naus konnte nachgewiesen werden, dass Inzidenz und Prävalenz der Schizophrenie mit dem Breitengrad variieren (Saha et al. 2006). Für beide Geschlechter stieg die Prävalenz mit dem Breitengrad an, bei der Inzidenz zeigte sich dieses Phänomen nur bei Männern. Die Interpretationsmöglichkeiten dieser Ergebnisse sind komplex und vielfältig. So könnte das häufigere Vorkommen von blanden und daher schwierig zu diagnostizierenden Residualzuständen in traditionsbestimmten agrarischen Milieus eine Rolle spielen (Pfeiffer 1994). Cooper et al. (1972) verweisen auf den möglichen Einfluss unterschiedlicher Taxonomien auf die Diagnosestellung und damit auf die daraus resultierende Prävalenz. Nicht zuletzt sollte die *Drift-Hypothese* (Dunham 1965) berücksichtigt werden, wonach schizophrene Patienten in schlechteren Wohngebieten leben, während vitalere Teile der Bevölkerung abwandern.

Ein bekanntes Beispiel für den Einfluss der Heredität sind die Ergebnisse der epidemiologischen Untersuchungen von Dale (1981) in Mikronesien. Zwischen den Jahrhunderte lang voneinander isolierten Inselgesellschaften differierte trotz der gemeinsamen evolutionsbiologischen Abstammung die Prävalenzrate für Schizophrenie deutlich (bezogen auf 1.000 Einwohner ab dem 16. Lebensjahr) zwischen 9,7 (Yap) und 0,8 (Marshall-Inseln). Für die höheren Prävalenzen auf Yap wurden in erster Linie die dort vorherrschenden endogamen Heiratssysteme als Erklärung herangezogen. Wie die Untersuchungen von Murphy und Raman (1971) auf Mauritius zeigten, können soziokulturelle Faktoren Einfluss auf die Chronifizierung der Erkrankung haben und damit ebenfalls zu unterschiedlichen Prävalenzraten führen (siehe unten). Diese Resultate stimmen mit Ergebnissen der Follow-up Studie der *International Pilot Study of Schizophrenia* (IPSS) der WHO (1979) überein, wonach schizophrene Patienten in Entwicklungsländern trotz nachteiliger Behandlungsbedingungen bessere Prognosen haben als Kranke in entwickelten Ländern (Sartorius et al. 1977, 1978). Pfeiffer (1994) führte zudem eine Reihe von Beispielen an, die sich nicht schlüssig durch Selektion erklären lassen: ungewöhnlich niedrige Prävalenzraten fanden sich beispielsweise bei den Hutteriten, bei indigenen Gruppen auf Taiwan und auf Tonga im Pazifik, während hingegen Iren eine besonders hohe Prävalenz schizophrener Störungen aufweisen (Murphy 1982).

Die Metaanalyse (Saha et al. 2005) bestätigte diese Ergebnisse. Es zeigte sich, dass Schizophrenie in Entwicklungsländern seltener vorkommt als in modernen Staaten und Schwellenländern. Die meisten neueren epidemiologischen Untersuchungen deuten also darauf hin, dass regionale Unterschiede existieren. Offen ist allerdings, ob es sich dabei um biologische Faktoren oder soziokulturelle Umstände handelt, die Vulnerabilitäten verstärken oder protektiv wirksam sind.

2.1.3 Verlauf und Ausgang

Die 2-Jahres Follow-up Untersuchung der *International Pilot Study of Schiophrenia* (WHO 1973) ergab günstigere klinische Verläufe und bessere Prognosen in den

Entwicklungsländern (Sartorius et al. 1977). Eine weitere drei Jahre darauf folgende Katamnese bestätigte dieses Resultat (Leff et al. 1992; Sartorius et al. 1996; Tseng 2001). Kritiker gaben allerdings zu bedenken, dass hier unter Umständen ein diagnostisches Artefakt vorliegen könnte. Spätestens seit den 1950er-Jahren ist nämlich bekannt, dass kurz dauernde, akut verlaufende Psychosen in Afrika und Asien deutlich häufiger vorkommen als in Europa und Nordamerika (siehe oben). Dieser Einwand konnte allerdings durch die Autoren der erwähnte *Determants of Outcome of Severe Mental Disorders* Studie (DOS) der WHO weitgehend entkräftet werden (Jablensky et al. 1992). Diese konnten zeigen, dass Krankheitsverläufe und soziale Anpassung auch unter Verwendung eines sehr engen Schizophreniebegriffs in den außereuropäischen Ländern deutlich günstiger ausfielen als in Europa und der Vereinigten Staaten. Die Ergebnisse der DOS konnten in mehreren außereuropäischen Studien repliziert werden (Leon 1989; Verghese et al. 1989; Ohaeri 1993; Thara et al. 1994).

Ähnlich wie in den WHO-Studien fanden sich auch in der International Study on Psychotic Symptoms (ISPS) episodische Verläufe mit kompletten Remissionen häufiger in den beiden westafrikanischen Staaten (Nigeria: 43,5%, Ghana: 51,3%), chronische Verläufe dagegen häufiger in den europäischen (Österreich: 38%, Polen: 23,7%, Litauen: 20,6%), besonders aber auch in den beiden asiatischen Staaten (Georgien: 39,2%, Pakistan: 50,5%) (s. Abb. 6).

In den letzten Jahren fanden sich abermals Hinweise auf methodische Mängel der Outcome-Studien (Patel 2006; Cohen et al. 2008). Die Varianz der Ergeb-

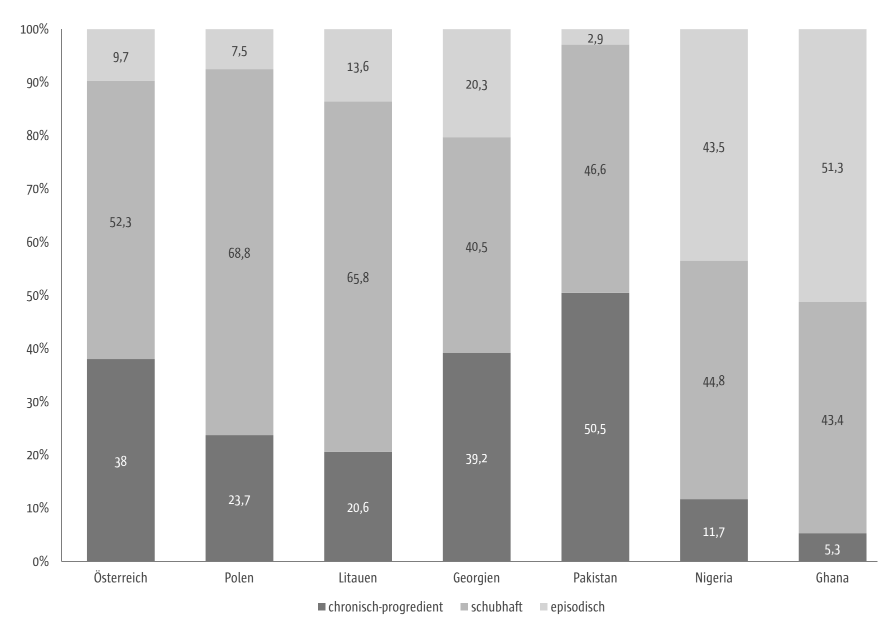


Abb. 6 Verlaufstypus der Schizophrenie (%) in Österreich (n = 350), Polen (n = 80), Litauen (n = 73), Georgien (n = 74), Pakistan (n = 103), Nigeria (n = 324) und Ghana (n = 76)

nisse zwischen den einzelnen Untersuchungen in nicht-westlichen Staaten sei groß. Darüber hinaus seien lokale Unterschiede in der Mortalität und Suizidalität von Schizophrenen bisher nicht ausreichend berücksichtigt worden. Da in vielen außereuropäischen Ländern psychiatrische Institution in nur unzureichenden Maße zur Verfügung stehen, gehören gerade Schizophreniekranke mit chronischen Verläufen zu den Teilen der Bevölkerung, die eine erhöhte Mortalitätsrate aufgrund des Selbstfürsorgedefizits aufweisen.

Die Befürworter der These von den besseren Krankheitsverläufen der Schizophrenie in traditionellen Kulturen wiederum vermuteten, dass – neben biologischen und individuellen Gründen – familiäre und soziokulturelle Faktoren dafür verantwortlich seien (Sartorius et al. 1978):

- Schutz und soziale Absicherung durch eine Großfamilie
- größere Akzeptanz der Umwelt gegenüber psychotisch Kranken und folglich Aufrechterhaltung der sozialen und emotionalen Kontakte
- besseres Integrationsvermögen traditioneller agrarischer Gesellschaften

Diese Erkenntnisse stehen in Einklang mit Ergebnissen aus der transkulturellen Forschung über *expressed emotion* (EE = Kritik, Feindseligkeit und emotionales Überengagement in der unmittelbaren Umgebung des schizophren erkrankten Individuums), die nahe legen, dass Verlauf und Prognose schizophrener Erkrankungen mit dem soziokulturellen Umgang mit Emotionen in Verbindung stehen. In hoch industrialisierten Ländern wie England oder USA scheint die Häufigkeit von Familien mit hohen EE-Werten signifikant größer zu sein (England: 48%, USA: 67%) als in weniger industrialisierten Gesellschaften (Indien: 23%) (Kavanagh 1992; Weisman et al. 2000). Dass die günstigeren Verläufe allerdings nur bedingt durch das familiäre Umfeld und die Sozialisationsbedingungen erklärt werden können, zeigen unter anderem die Ergebnisse der ISPS (s. Abb. 6). Bei vergleichbaren soziokulturellen Rahmenbedingungen (traditionelle Familiensysteme, agrarische Wirtschaft, tribale oder hierarchisch stratifizierte Gesellschaften etc.) waren die Verläufe in den afrikanischen Staaten deutlich besser, in den asiatischen Staaten deutlich schlechter als in den drei europäischen Ländern. Hier könnten Unterschiede in der Versorgungslage und im Inanspruchnahmeverhalten eine ausschlaggebende Rolle spielen.

2.1.4 Subtypen der Schizophrenie

Die klassischen Subtypen der Schizophrenie, i.e. Schizophrenia simplex, Hebephrenie, Katatonie und paranoide Schizophrenie, wurden in bisher allen Kulturen beschrieben. Schon Emil Kraepelin (1904a, b) bemerkte, dass sich die klinischen Bilder der Dementia praecox in Indonesien und in Deutschland bezüglich ihrer grundlegenden Gestalt nur unwesentlich unterschieden. Differenzen fanden sich allerdings in der Häufigkeitsverteilung der Subtypen; so traten beispielsweise katatoniforme Bilder seltener in Indonesien als in Deutschland auf (Kraepelin 1904b; Bendick 1989; Boroffka 1989), ein Ergebnis,

das mehrere Jahrzehnte später von Pfeiffer repliziert werden konnte (Pfeiffer 1994). Murphy et al. (1963) zeigten, dass in Asien und in Afrika der katatone Subtypus und die Schizophrenia simplex relativ häufig vorkommen, während die paranoide Verlaufsformen im Vergleich zu Europa und Nordamerika seltener waren. In der *International Pilot Study of Schizophrenia* war der paranoide Subtypus sowohl im gesamten Sample (38,9%) als auch in den einzelnen Studienzentren – mit Ausnahme von Agra (Indien), Cali (Kolumbien) und Moskau (Russland) – am häufigsten verbreitet. Weltweit mit 13,2% am zweithäufigsten war der schizoaffektive Subtypus, am seltensten die katatone Form mit insgesamt 6,7% vertreten. Relativ hohe Prävalenzen für die katatone Schizophrenie fanden sich in Agra (Indien) mit 22%, in Cali (Kolumbien) mit 13% und in Ibadan (Nigeria) mit 8,3%. Historische Längsschnittuntersuchungen belegen, dass die Prävalenz der katatone Schizophrenie in den Industriegesellschaften seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts kontinuierlich abgenommen hat, während parallel dazu der paranoide Subtypus häufiger registriert wurde (Stompe et al. 2002). In der *International Study on Psychotic Symptoms* (Stompe u. Friedmann 2007), die unter anderem die Verteilung der schizophrenen Subtypen und der schizophrenieähnlichen Psychosen in sieben Ländern (Georgien, Ghana, Litauen, Nigeria, Österreich, Pakistan, Polen) untersuchte, fanden sich die akuten, affektgetragenen Subtypen (schizoaffektiv, schizophreniform, kurze psychotische Störung) sowie die katatone Schizophrenie häufiger in den beiden afrikanischen Staaten, der desorganisierte Typus am häufigsten in Pakistan, in den europäischen Ländern dominierte hingegen deutlich der paranoide Typus.

2.1.5 Symptomatik

Während ursprünglich davon ausgegangen wurde, dass die Prävalenz der Schizophrenie primär von genetischen Faktoren abhängig ist, zeigte sich beim Vergleich der psychotischen Symptomatik, dass hier soziokulturellen Verhältnissen sowie interpersonell, in modernen Gesellschaften auch medial vermittelten Werte- und Symbolsystemen eine bedeutsame Rolle in der Ausgestaltung von Form und Inhalt zukommt (Bell et al. 2005; Gold u. Gold 2012; Lerner et al. 2006; Schmidt-Siegel et al. 2004; Stompe et al. 1999). Besonders bei den Inhalten von Wahn und Halluzinationen findet man eine hohe regionale Variabilität mit einer raschen Reaktion auf zeitgeschichtliche Ereignisse und technische Innovationen (Bauer et al. 2011; Kala u. Wig 1982; Kim et al. 2001; Murphy 1980; Murphy et al. 1963; Ndetei u. Singh 1982, 1983; Ndetei u. Vadher 1984a, b; Risso u. Böker 1967; Stompe u. Friedmann 2007; Stompe et al. 1999, 2006; Suhail u. Cochrane 2002; Tateyama et al. 1998). Dabei sollte allerdings nicht übersehen werden, dass es in allen untersuchten Gesellschaften einen stabilen Kern schizophrener Wahnthemen gibt, der mehr von den Grundbedingungen des psychotischen Erlebniswandels als von soziokulturellen Umfeldbedingungen abhängig ist (Stompe et al. 2007). Wenn man die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen zusammenfasst, so ergibt sich folgendes

Bild: visuelle Halluzinationen und religiöse Wahnideen finden sich häufiger in traditionellen Gesellschaften, Schuldwahn dagegen in christlich dominierten westlichen Ländern. Während in allen Ländern Verfolgungs- und Größenwahn die häufigsten Inhalte sind, ist die konkrete Ausgestaltung (wer verfolgt mich? auf welche Weise? aus welchem Grund und mit welchem Ziel?) ganz überwiegend vom soziokulturellen Umfeld abhängig.

Wenn man diese Details bei Seite lässt und die schizophrenen Einzelsymptome zu übergeordneten, das klinische Bild dominierenden Verbänden zusammenschließt, zeigen sich noch immer deutliche Unterschiede, die jedoch nicht eindeutig interpretierbar sind (s. Abb. 7).

Die Daten der ISPS zeigen, dass das klinische Bild der europäischen Patienten mit Schizophrenie weitgehend durch das paranoid-halluzinatorische Syndrom geprägt ist (Österreich: 78,5%, Polen: 87,6%, Litauen: 90,4%), während katatone Symptome und Denkstörungen vergleichsweise selten zu finden sind. Nun prägen auch in den asiatischen und den afrikanischen Ländern Wahn und Halluzinationen das klinische Bild, es zeigen sich allerdings bedeutungsvolle Unterschiede. In allen vier außereuropäischen Staaten waren schizophre-

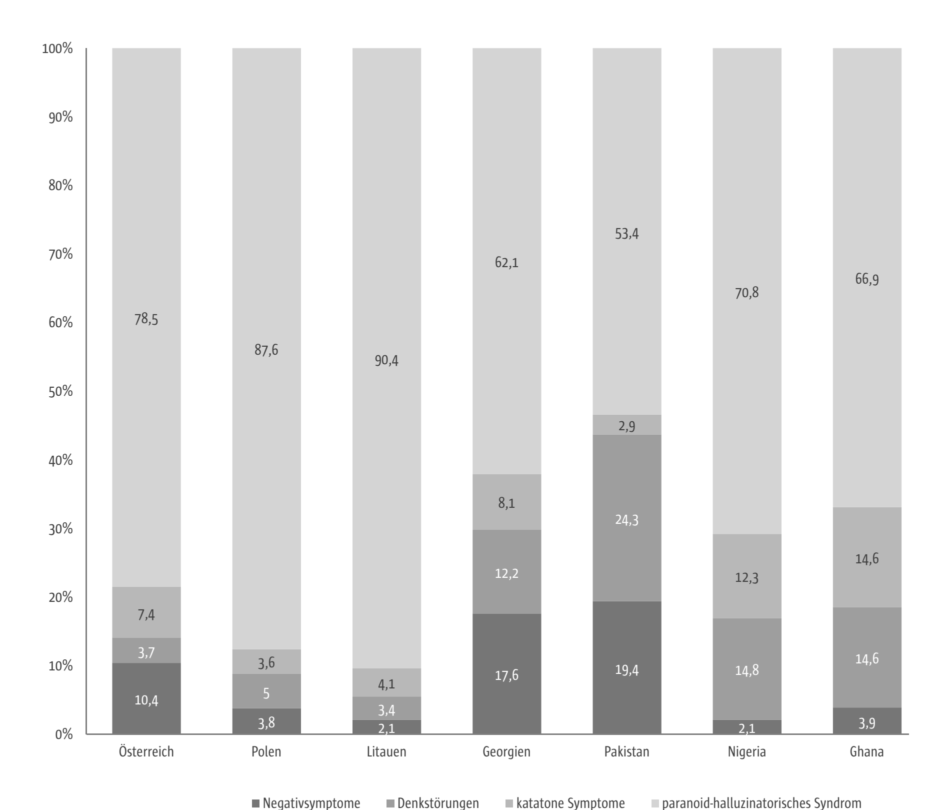


Abb. 7 Dominante schizophrene Symptomatik (%) in Österreich (n = 350), Polen (n = 80), Litauen (n = 73), Georgien (n = 74), Pakistan (n = 103), Nigeria (n = 324) und Ghana (n = 76)

nietypische Denkstörungen häufiger dominant. In Georgien und Pakistan fanden sich öfters Negativsymptome, in Nigeria und Ghana wurden hingegen häufiger das Krankheitsbild dominierende katatone Symptome beschrieben.

2.1.6 Negative Diskriminierung schizophrener Menschen

Trotz der Antistigma- und Empowermentbewegungen in den letzten 20 Jahren erfahren Schizophreniekranke noch immer zahlreiche Benachteiligungen in Beruf und Privatleben. Erlebte Stigmatisierung kann zu sozialem Rückzug führen, Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen werden nicht oder nicht ausreichend in Anspruch genommen. Da die konsequente Behandlung aber Voraussetzung für einen günstigeren Krankheitsverlauf ist, kommt es bei Kranken, die sich als diskriminiert erleben, zu häufigeren Schüben und zur Chronifizierung der Erkrankung. Dies wiederum ist der Beginn eines Teufelskreises, an dessen Ende Verarmung, Beziehungslosigkeit und erhöhte Mortalität stehen.

Eine Arbeitsgruppe (INDIGO-Research-Network) untersuchte die erfahrene und erlebte Diskriminierung von schizophrenen Menschen in 27 Ländern (Thornicroft et al. 2009; Rose et al. 2011; Uçok et al. 2012). Es zeigte sich, dass die Rate der Stigmatisierung weltweit noch immer sehr hoch ist (s. Abb. 8).

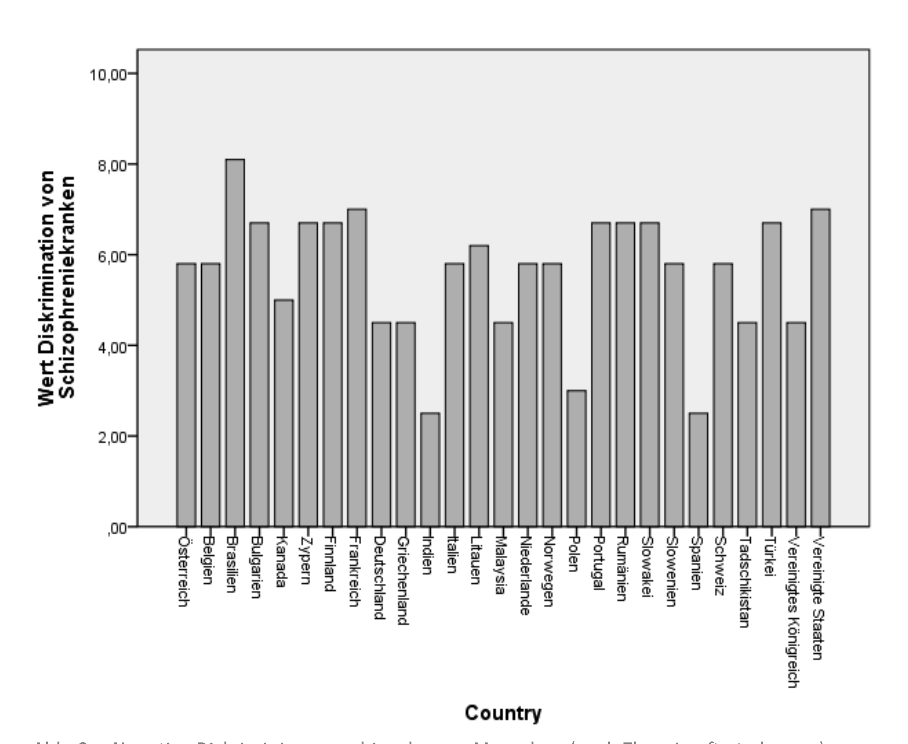


Abb. 8 Negative Diskriminierung schizophrener Menschen (nach Thornicroft et al. 2009)

47% von 729 Teilnehmern hatten aufgrund ihrer Erkrankung Schwierigkeiten, Freunde zu finden, 43% fühlten sich von Familienmitgliedern zurückgesetzt, 29% hatten Probleme einen Job zu finden oder zu behalten, 27% berichteten über Diskriminierung durch (potenzielle) Intimpartner. Stärker noch als die reale Stigmatisierung wirkte sich die antizipierte Diskriminierung aus. 72% der Befragten fühlten sich angehalten, ihre Diagnose zu verschweigen, 64% gehen schon mit negativen Vorannahmen auf Arbeitssuche, auch im Bereich Intimität und Sexualität nahmen 55% eine Zurückweisung bereits vorweg als sicher an (Thornicroft et al. 2009). Neben diesen grundsätzlichen Trends finden sich allerdings auch deutliche lokale Unterschiede (s. Abb. 8). In Spanien, Polen und Indien erleben sich Schizophreniekranke als verhältnismäßig wenig stigmatisiert. Hohe Werte für negative Diskriminierung finden sich dagegen, um nur einige herauszugreifen, in so unterschiedlichen Ländern wie Brasilien, Bulgarien, Finnland, Portugal oder Rumänien. Offensichtlich besteht kein Zusammenhang zwischen der Stigmatisierung und dem Modernisierungsgrad oder der gesellschaftlichen Ungleichheit innerhalb der einzelnen Länder. Insgesamt zeigt sich aber, dass die Situation von Schizophreniekranken in Europa und Amerika etwas schlechter ist als in asiatischen Staaten (s. Abb. 9).

Dass damit allerdings nicht unbedingt bessere Verläufe verbunden sind, zeigen die Ergebnisse der ISPS, wo die beiden asiatischen Staaten den höchsten

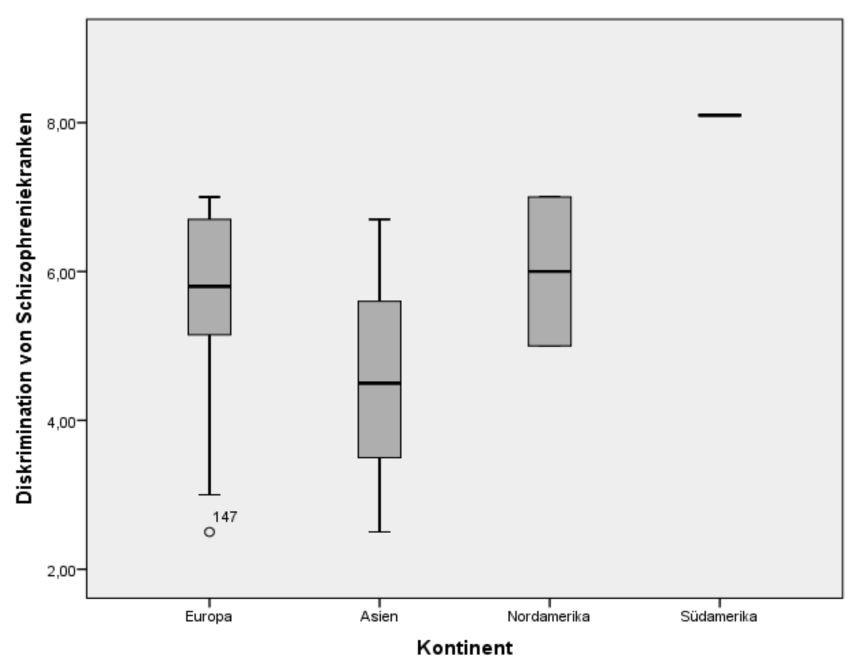


Abb. 9 Diskriminierung von schizophrenen Menschen nach Kontinenten (nach Thornicroft et al. 2009)

Anteil an chronischen Verläufen (s. Abb. 6) mit ausgeprägter Negativsymptomatik (s. Abb. 7) aufweisen.

2.2 Akute vorübergehende (transiente) Psychosen

2.2.1 Geschichte

Transiente Psychosen sind eine heterogene, von den Schizophrenien und den manisch-depressiven Erkrankungen unterscheidbare Gruppe von Psychosen. Erstmals wurden sie unter dem Begriff *bouffées délirantes* (Magnan u. Legrain 1895) in Frankreich beschrieben. Auch in der deutschsprachigen Psychiatrie fanden sich in den folgenden Jahrzehnten ähnliche Darstellungen von akuten, in keine der gebräuchlichen Krankheitskategorien passenden Psychosen. Parallelen zu den Bouffées délirantes gibt es in den Beschreibungen der psychogenen Psychose von Jaspers (1973), der Emotionspsychosen von Labhard (1963), der mischbildhaften phasischen Psychosen von Mentzos (1967) und vor allem der zykloiden Psychosen von Leonhard (2003). Im skandinavischen Sprachraum wurden diese Krankheitsbilder unter dem Begriff der schizophreniformen Psychosen bekannt (Langfeldt 1939). Im ICD-10 der WHO (1993) entspricht der transiente Psychose die akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10: F23), im DSM-IV der American Psychiatric Association (1996) die kurze psychotische Störung (DSM-IV: 298.9). Bereits in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde auf die Häufigkeit dieser Psychosen in der dritten Welt hingewiesen, eine Ansicht, die in den folgenden Jahrzehnten mehrfach bestätigt werden konnte (Jilek u. Jilek-Aall 1970).

2.2.2 Symptomatik und Verlauf

Transiente Psychosen dauern zumeist nur Stunden bis einige Wochen und zeichnen sich durch eine komplette Remission aus. Häufig finden sich auslösende Faktoren wie akuter psychischer Stress, Schwangerschaften und Geburt oder Drogenmissbrauch. Die Stimmungslage ist zumeist ängstlich, mitunter auch ekstatisch. Wenn die Angst im Vordergrund steht, berichten die Patienten retrospektiv über Misstrauen, Eigenbeziehungen, hypochondrische Ideen, Minderwertigkeitsideen, Selbstvorwürfe und Entfremdungserlebnisse, optische Illusionen und Halluzinationen, Geruchshalluzinationen, körperliche Missempfindungen und Beeinflussungserlebnisse. Im Extremfall kann ein traumhaft-oneiroidaler Erlebniswandel auftreten. Der körperliche Ausdruck der Angst reicht von höchster Erregung bis zur Bewegungslosigkeit. Dominiert die Ekstase, kommt es häufig zu Beglückungs- bzw. Erlösungsideen. Nicht selten stehen allerdings weniger affektive Veränderungen, sondern mehr akute Störungen des Denkens oder der Psychomotorik im Vordergrund. Dominieren Denkstörungen, kommt es häufig zu einem Wechsel zwischen ratlosem Stupor und verworrener Erregung mit oft bizarren Wahneinfällen, Personen-

verkennungen, Beziehungsideen, akustischen Halluzinationen oder Bedeutungsideen. Die Erregung führt zu einer Inkohärenz des Denkens mit Rededrang. Steht die Denkhemmung im Vordergrund, zeigt sich eine Sprachverarmung, die bis zum Mutismus führen kann. Dominieren die Störungen der Psychomotorik, findet sich im Zustand starker Erregung eine quantitative Steigerung der Ausdrucks- oder Reaktivbewegungen. Die Patienten gestikulieren, winken oder bieten ein vielfältiges Mienenspiel. Unartikuliertes Schreien oder Johlen ist häufig. In akinetischen Phasen kommt es regelhaft zur Aufhebung der Reaktivbewegungen und zu einer Erstarrung der Ausdrucksmotorik, die Haltung ist steif, das Gesicht starr. Gelegentlich sind Haltungsverharren oder Gegenhalten nachweisbar.

2.2.3 Vorkommen

Transiente Psychosen sind in zahlreichen Gesellschaften beschrieben worden. Sie scheinen allerdings in traditionellen Ethnien und Kulturen häufiger als in modernen Industriegesellschaften vorzukommen. Schilderungen finden sich zum Beispiel bei Patienten aus Afrika (Carothers 1953; Collomb 1965; Field 1958), Indonesien (Pfeiffer 1994), den Antillen (Despinoy u. Camelio 1967) oder bei den Mohave-Indianern (Devereux 1961).

Ausblick: Migrationspsychiatrische Problemstellungen

In der Diagnosestellung einer Psychose bei Patienten aus anderen Kulturen findet sich ein weites Spektrum möglicher Fehldiagnosen. Mangelnde kulturelle Kompetenz und Sprachbarrieren aufseiten der Untersucher ergeben oft eine Überschätzung der Häufigkeit schizophrener Erkrankungen bei Migranten in Krankenhauspopulationen (z.B. Haasen et al. 1997; Holzmann et al. 1994; Machleidt u. Calliess 2005).

Nach Cochrane und Bal (1987) führen zwei Faktoren häufig zu Fehldiagnosen:

1. In nicht-europäischen Kulturen finden sich psychotische Symptome häufig auch in Form akuter Stress- und Belastungsreaktionen sowie bei Angststörungen oder depressiven Erkrankungen (Pfeiffer 1994). Insbesondere Halluzinationen und paranoide Symptome treten häufig auch bei bipolaren affektiven Erkrankungen oder monopolaren Manien auf. Ebenso sind psychotische Reaktionsbildungen bei neurotischen Störungen sind nicht selten anzutreffen (Ndetei u. Singh 1982, 1983).
2. Die häufig schwierige Differenzierung zwischen Wahn und Glaube sowie zwischen Halluzinationen und Trance kann im interkulturellen Kontext zu erheblichen Fehlbeurteilungen führen (s.a. Pfeiffer 1994; Murphy 1980; Westermeyer 1987).

Haasen et al. (2005) schlugen daher folgende Leitlinien zur psychopathologischen Beurteilung psychotischer Störungen im Kulturvergleich vor:

- Bei Patienten aus fremden Kulturkreisen dürfen psychotische Symptome nicht vorschnell mit einer schizophrenen Störung assoziiert werden. Die Möglichkeit einer stressbedingten Genese muss differenzialdiagnostisch stärker in Betracht gezogen werden als Patienten euro-amerikanischer Herkunft.
- Unabhängig von kulturellen Einflussfaktoren gibt es ubiquitäre Kernsymptome der Schizophrenie. Allerdings ist es unzulässig, die Diagnose einer schizophrenen Störung bei Patienten aus fremden Kulturkreisen aufgrund des Vorhandenseins nur eines (!) Symptoms zu stellen, insbesondere dann, wenn es sich um Wahnphänomene oder Halluzinationen handelt. Das psychosoziale Funktionsniveau und Negativsymptomatik müssen bei der Beurteilung Berücksichtigung finden.
- Die psychopathologische Beurteilung psychotischer Symptomatik kann durch kulturelle Faktoren erheblich erschwert sein. Die Differenzierung zwischen Wahn und Glaube sowie zwischen Halluzination und Trance muss im kulturellen Kontext, unter Umständen unter Zuhilfenahme fremdanamnestischer Daten, erfolgen.
- Gleichzeitig dürfen aber kulturell gefärbte Wahnideen nicht vorschnell als kulturspezifischer Glaube eingeordnet werden. Bestimmte Gedanken können zwar im Kulturkreis des Patienten glaubensbedingt sein, trotzdem aber eine pathognomonische Wertigkeit bekommen. In Zweifelsfällen ist ein Vergleich mit der Vorstellungswelt der Angehörigen hilfreich.
- Paranoide Wahnideen müssen gründlich auf ihren realen Kontext hin überprüft werden. Insbesondere Flüchtlinge geraten häufig aufgrund ihrer leidvollen, unter Umständen traumatischen Erfahrungen in paranoide Übertragungskonstellationen.
- Muttersprachliche Behandler oder professionelle Dolmetscher sollen als Kulturmediatoren zu Hilfe genommen werden.

Literatur

American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Hogrefe Göttingen Bern Toronto Seattle

Bauer S, Schanda H, Karakula H, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, Chaudhry HR, Idemudia I, Gscheider S, Ritter K, Stompe T (2011) Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. Compr Psychiatry 52, 319–325

Bell V, Grech E, Maiden C, Halligan PW, Ellis HD (2005) ‚Internet delusions': a case series and theoretical integration. Psychopathology 38, 144–150

Bendick CH (1989) Emil Kraepelins Forschungsreise nach Java im Jahre 1904. In: Arbeiten der Forschungsstelle des Instituts für Geschichte der Medizin. Band 49. Kohlhauer Köln

Bleuler E (1911) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Deuticke Leipzig Wien

Boroffka A (1989) Emil Kraeplin (1856–1926). Transcultural Psychiatric Research Review 27, 228–237

Carothers JC (1953) The African Mind in Health and Disease. A Study of Ethnopsychiatry. World Health Organization Press Geneva

Cochrane R, Bal S (1987) Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. Soc Psychiatry 22, 181–191

Cohen A, Patel V, Thara R, Gureje O (2008) Questioning an axiom: better prognosis for schizophrenia in the developing world? Schizophr Bull 34, 229–244.

Collomb H (1965) Bouffées délirantes en psychiatrie Africaine. Psychopathologie africaine 1, 167–239

Cooper JE, Kendell RE, Gurland BI, Sharpe L, Copeland IRM, Simon R (1972) Psychiatric Diagnosis in New York and London. Oxford University Press London

Dale PW (1981) Prevalence of schizophrenia in the Pacific island populations of Micronesia. J Psychiatr Res 16, 103–111

Despinoy M, Camelio A (1967) La psychopathologie aux Antilles et ses relations avec ses structures sociales. In: Petrilowitsch N (Hrsg.) Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie. Band 1. 272–298. Karger Basel

Devereux G (1961) Mohave ethnopsychiatry and suicide. The psychiatric knowlege and the psychiatric disturbancies of an Indian tribe. 175. Smithsonian Inst Bureau Amer Ethnology Bull Washington

Devereux G (1985) Realität und Traum: Psychotherapie eines Prärie-Indianers. Suhrkamp Frankfurt am Main

Dunham HW (1965) Community and Schizophrenia: an Epidemiological Analysis. Wayne State University Press Detroit

Edgerton RB, Cohen A (1994) Culture and schizophrenia: the DOSMD challenge. Br J Psychiatry 164, 222–231

Field MJ (1958) Mental disorder in rural Ghana. J Ment Sci 104, 1034–1051

Gold J, Gold I (2012) The „Truman Show" delusion: psychosis in the global village. Cogn Neuropsychiatry 17,455–472

Haasen C, Kleinemeier E, Yagdiran O (2005) Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: Assion HJ (Hrsg.) Migration und seelische Gesundheit. 145–156. Springer Heidelberg

Haasen C, Lambert M, Yagdiran O, Krausz M (1997) Psychiatric disorders among migrants in Germany: prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. Eur Psychiatry 12, 305–310

Holzmann TH, Volk S, Georgi K, Pflug B (1994) Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. Psychiat Prax 21, 106–108

Hopper K, Harrison G, Janca A, Sartorius N (2001) Recovery from schizophrenia: An international perspective. Oxford University Press New York

Jablensky A, Sartorius N, Ehrenberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organisation Ten Countries Study (Psychological Medicine, Monograph Supplement No. 20). Cambridge University Press Cambridge UK

Jaspers K (1973) Allgemeine Psychopathologie. 9. Auflage. Springer Berlin Heidelberg New York

Jilek WG, Jilek-Aall L (1970) Transient psychoses in Africans. Psychiat Clin 3, 311–324

Kala AK, Wig NN (1982) Delusions across cultures. Int J Soc Psychiatry 28; 185–193

Kavanagh DJ (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br J Psychiatry 160, 601–620

Kim K, Hwu H, Zhang LD, Lu MK, Hwang TJ, Kim D, Park YC (2001) Schizophrenic delusions in Seoul, Shanghai and Taipei: a transcultural study. J Kor Med Sci 16, 88–94

Kraepelin E (1904a) Vergleichende Psychiatrie. Zentralbl Nervenheilk Psychiatr 27, 433–437

Kraepelin E (1904b) Psychiatrisches aus Java. Zentralbl Nervenheilk Psychiatr 27, 468–469

Labhardt F (1963) Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen. Ein Beitrag zur Abgrenzung schizophrenieähnlicher Zustandsbilder. Springer Berlin Göttingen Heidelberg

Lambo TA (1957) Some unusual features of schizophrenia among primitive peoples. West Afr Med J 6, 147–152

Langfeldt G (1939) The schizophreniform states. Munksgaard Copenhagen

Leff J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G (1992) The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. Psychol Med 22, 131–145

León CA (1989) Clinical course and outcome of schizophrenia in Cali, Colombia. A 10-year follow-up study. J Nerv Ment Dis 177, 593–606

Leonhard K (2003) Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. 8. Auflage. Thieme Stuttgart New York

Lerner V, Libov I, Witztum E (2006) „Internet delusions": the impact of technological developments on the content of psychiatric symptoms. Isr J Psychiatry Relat Sci 43(1),47–51

Machleidt W, Calliess IT (2005) Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. Die Psychiatrie 2, 77–84

Magnan V, Legrain M (1895) Les dégénérés. État mentale et syndromes épisodiques. Rueff et Cir Paris

McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D (2004) A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanity, migrant status and methodology. BMC Med 28, 13

Mentzos S (1967) Mischzustände und mischbildhafte phasische Psychosen. Enke Stuttgart

Murphy HBM (1980) Kulturelle Aspekte des Wahns. In: Pfeiffer WM, Schoene W (Hrsg.) Psychopathologie im Kulturvergleich. 85–101. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

Murphy HBM (1982) Comparative Psychiatry. Springer Berlin Heidelberg New York

Murphy HBM, Raman AC (1971) The chronicity of schizophrenia in indigenous tropic people. Br J Psychiatry 118, 489–497

Murphy HBM, Wittkower ED, Fried J, Ellenberger HF (1963) A cross-cultural survey of schizophrenic symptomatology. Int J Soc Psychiatry 9, 237–249

Ndetei DM, Singh A (1982) A study of delusions in Kenyan schizophrenic patients diagnosed using a set of research diagnostic criteria. Acta Psychiatr Scand 66, 208–215

Ndetei DM, Singh A (1983) Hallucinations in Kenyan schizophrenic patients. Acta Psychiatr Scand 67, 144–147

Ndetei DM, Vadher A (1984a) Frequency and clinical significance of delusions across cultures. Acta Psychiatr Scand 70, 73–76

Ndetei DM, Vadher A (1984b) A comparative cross-cultural study of the frequencies of hallucinations in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 70, 545–549

Ohaeri JU (1993) Long-term outcome of treated schizophrenia in a Nigerian cohort. Retrospective analysis of 7-year follow-ups. J Nerv Ment Dis 181, 514–516

Patel V, Cohen A, Thara R, Gureje O (2006) Is the outcome of schizophrenia really better in developing countries? Rev Bras Psichiatr 28, 149–152

Pfeiffer W (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Thieme Stuttgart New York

Radley JJ, Morrison JH (2005) Repeated stress and structural plasticity in the brain. Ageing Res Rev 4, 271–287

Risso M, Böker W (1967) Der Einfluss des magischen Weltbildes auf die Gestaltung geistiger Störungen bei süditalienischen Patienten. In: Petrilowitsch N (Hrsg.) Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie. Basel Karger

Rose D, Willis R, Brohan E, Sartorius N, Villares C, Wahlbeck K, Thornicroft G (2011) INDIGO Study Group. Reported stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. Epidemiol Psychiatr Sci. 20, 193–204

Saha S, Chant D, Welhalm J, McGrath J (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med 2, 413–433

Saha S, Chant D, Welhalm J, McGrath JJ (2006) The incidence and prevalence of schizophrenia varies with latitude. Acta Psychiatr Scand 114, 36–39

Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, Laska E, Siegel C (1996) Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries: A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 31, 249–258

Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R (1977) Two-year follow-up of the patients included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Psychol Med 7, 529–541

Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R (1978) Cross-cultural differences in the short term prognosis of schizophrenic psychoses. Schizophr Bull 4, 102–113

Sartorius N, Shapiro R, Kimura M, Barrett K (1972) WHO international pilot study of schizophrenia. Psychol Med 2, 422–425

Schmid-Siegel B, Stompe T, Ortwein-Swoboda G (2004) Being a webcam. Psychopathology 37, 84–85

Schneider K (1952) Klinische Psychopathologie. Thieme Stuttgart

Stompe T, Bauer S, Karakula H, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, Chaudhry HR, Idemudia EE, Gscheider S (2007) Paranoid-hallucinatory Syndromes in Schizophrenia – Results of the International Study on Psychotic Symptoms. WCPRR 4, 63–68

Stompe T, Bauer S, Ortwein-Swoboda G, Schanda H, Karakula H, Rudalevicienne P, Chaudhry HR, Idemudia ES, Gschaider S (2006) Delusions of guilt: The attitude of Christian and Islamic confessions towards Good and Evil and the responsibility of men. J Muslim Ment Health 1, 43–56

Stompe T, Friedmann A (2007) Culture and Schizophrenia. In: Bhugra D, Bhui K (Hrsg.) Textbook of Cultural Psychiatry. 314–323. Cambridge University Press Cambridge

Stompe T, Friedmann A, Ortwein G, Strobl R, Chaudhry HR, Najam N, Chaudhry MR (1999) Comparison of delusions among schizophrenics in Austria and in Pakistan. Psychopathology 32, 225–234

Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H, Friedmann (2002) Are we witnessing the disappearance of catatonic schizophrenia? Compr Psychiatry 3, 167–174

Suhail LK, Cochrane R (2002) Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. Int J Soc Psychiatry 48, 126–138

Tateyama M, Asai M, Hashimoto M, Bartels M, Kaspers S (1998) Transcultural study of schizophrenic delusions. Tokyo versus Vienna and Tübingen (Germany). Psychopathology 31, 59–68

Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW (1994) Ten-year course of schizophrenia-the Madras longitudinal study. Acta Psychiatr Scand 90, 329–336

Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M (2009) INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet 373(9661), 408–15

Torrey EF, Torrey B, Burton-Bradley BG (1974) The epidemiology of schizophrenia in Papua New Guinea. Am J Psychiatry 131, 567–573

Tseng WS (2001) Handbook of Cultural Psychiatry. Academic Press San Diego London Boston New York Sydney Tokyo Toronto

Uçok A, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Yoon CK, Plooy A, Ertekin BA, Milev R, Thornicroft G (2012) INDIGO Study Group. Anticipated discrimination among people with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 125(1), 77–83

Verghese A, John JK, Rajkumar S, Richard J, Sethi BB, Trivedi JK (1989) Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India. Results of a two-year multicentre follow-up study. Br J Psychiatry 154, 499–503

Weisman AG, Lopez SR, Ventura J, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Hwang S (2000) A comparison of psychiatric symptoms between Anglo-Americans and Mexican-Americans with schizophrenia. Schizophr Bull 26, 817–824

Westermeyer J (1987) Cultural factors in clinical assessment. J Consult Clin Psychol 55, 471–478

Wittkower ED, Murphy HB, Fried J, Ellenberger H (1960) Crosscultural inquiry into the symptomatology of schizophrenia. Ann N Y Acad Sci 84, 854–863

World Health Organization (1973) Report of the International Pilot Study of Schizophrenia, Vol 1. WHO Genf

World Health Organization (1979) The international pilot study of schizophrenia (IPSS). An international follow-up. Wiley Chichester

World Health Organization (1993) Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10. Huber Bern

3 Wahn und Kultur

Thomas Stompe und Hans Schanda

Kulturvergleichende Untersuchungen können fundamentale Erkenntnissen über das Wesen und die Bedingungsfaktoren psychischer Erkrankungen, über natürliche und kulturell überformte Verlaufsformen und damit auch über Behandlungsoptionen liefern. Dieser Forschungszweig der Psychiatrie ist allerdings mit erheblichen Problemen konfrontier. Dazu gehören u.a. die Auswahl bzw. Neukonzeptionalisierung von psychopathologischen Begriffen, die Auswahl bzw. Schaffung von geeigneten Erhebungsinstrumenten, die Schulung der beteiligten Forscher und der Erwerb von interkultureller Kompetenz. Der potenzielle Ertrag der kulturvergleichenden Methode soll am Beispiel des Wahns dargestellt werden.

3.1 Wahndefinitionen und kulturvergleichende Untersuchungen

Die Denkinhalte in verschiedenen Kulturen und Ethnien unterscheiden sich mitunter erheblich. Wie sehr an Auffassungen festgehalten wird, unterscheidet sich ebenfalls deutlich von Kultur zu Kultur. Die formalen Denkabläufe hingegen sind erstaunlich ähnlich: in allen Kulturen werden Kategorien und semantische Netzwerke gebildet; die syntaktische Tiefenstruktur gehorcht ähnlichen Gesetzen, die logischen Gesetze (z.B.: Aussage-, Prädikanten- oder Diskurslogik) können auf alle Sprachen angewandt werden. Die sprachlichen Kontexte und die Sprechakte unterscheiden sich allerdings von Kultur zu Kultur. Daraus ergibt sich, dass nur die Wahndefinitionen für kulturvergleichende Untersuchungen geeignet sind, welche den Wahn über Störungen der formalen

Denkabläufe definieren (Stompe 2010). Am wenigsten geeignet sind hingegen Definitionen, die sich auf das 3. Jaspers'sche Wahnkriterium, die „Unmöglichkeit des Inhalts", beziehen. Daneben sollte durch eine Wahndefinition ein möglichst breites Spektrum holothymer und parathymer Wahninhalte erfasst werden. Bis in die 1980er-Jahre waren Wahndefinitionen vorwiegend kategorial. In den letzten 20 Jahren mehrten sich die Bemühungen, einen dimensionalen Zugang zum Wahn zu finden. Basis dafür ist das Postulat eines Kontinuums von „normalem" zu „wahnhaftem" Denken. Außer acht gelassen wurde dabei oft die Tatsache, dass ein dimensionaler Zugang definitorische Probleme nicht beseitigt, sondern nur den zu definierenden Bereich verlagert: während ein kategorialer Ansatz den Bruch zwischen „normalem" Denken und Wahn definitorisch erfassen muss, steht ein dimensionaler Zugang vor der Aufgabe, entweder den Skalenanfang und das Skalenende, oder einen Cut-off Punkt zu definieren bzw. die semantische Bedeutung eines Schnittpunktes von zwei oder mehreren Skalen inhaltlich-hermeneutisch zu erfassen.

3.1.1 Für kulturvergleichende Untersuchungen ungeeignete Wahndefinitionen

Nach Jaspers (1913) sind die äußeren Merkmale der Wahnideen:

1. Die außergewöhnliche Überzeugung, mit der an ihnen festgehalten wird, also die unvergleichliche subjektive Gewissheit.
2. Die Unbeeinflussbarkeit durch Erfahrung und zwingende Schlüsse.
3. Die Unmöglichkeit des Inhalts.

Durch das dritte Kriterium ist es unmöglich, zwischen kulturtypischen Krankheitskonzepten, für uns ungewöhnlichen religiösen Vorstellungen und Wahnthemen zu unterscheiden. Viele Forscher nach Jaspers beriefen sich ebenfalls auf den Aspekt der Unmöglichkeit des Inhalts. Nach Huber und Gross (1977) beruht Wahn auf inhaltlich falschen, nicht aus anderen Erlebnissen ableitbaren Überzeugungen, die mit apriorischer Evidenz auftreten und an denen bei erhaltener Intelligenz trotz der Unvereinbarkeit mit dem bisherigen Erfahrungszusammenhang und der objektiv nachprüfbaren Realität festgehalten wird. Die American Psychiatric Association definierte Wahn im Handbuch des DSM-IV ähnlich:

> *„Wahnphänomene sind falsche Überzeugungen, die gewöhnlich mit einer Fehldeutung von Wahrnehmungen und Erfahrungen einhergehen … Ideen, die in einem Kulturkreis als wahnhaft erscheinen, können in einem anderen üblich sein" (Saß et al. 1996).*

3.1.2 Mäßig geeignete Wahndefinitionen

Nach Eugen Bleuler (1911), der den Begriff Schizophrenie in die psychiatrische Nomenklatur eingeführt hat, entstehen Wahnideen durch Affektwirkung, haben immer eine bestimmte affektgetragene Richtung und sind der Korrektur

durch neue Erfahrungen oder Belehrungen unzugänglich. Im Gegensatz dazu Peter Berner (1982): „Wahn ist der Ausschluss des Zufalls bei fehlender Affekteinengung“ oder der Philosoph Manfred Spitzer (1989):

> *„Beim Wahn handelt es sich um Aussagen, die mit der Sicherheit von Aussagen über eigene mentale Zustände geäußert werden, bei deren Inhalt es sich aber nicht um mentale Zustände, sondern um intersubjektiv zugängliche Sachverhalte handelt.“*

3.1.3 Gut geeignete Wahndefinitionen

Eine für kulturvergleichende Untersuchungen gut geeignete Wahndefinition stammt von Kraepelin (1899), einem der Begründer der modernen Psychiatrie: „Wahnideen sind Störungen des Urteils und der Schlussbildung“. Zwanzig Jahre später Jossmann (1921): „Im Wahn tritt der Anspruch auf objektive Geltung einer an sich subjektiven Wertung und das Nicht-von-mir-Ausgehen dieser Geltung im Erleben auf“. Nach Gruhle (1951) ist der Wahn Beziehungssetzung ohne Anlass; Blankenburg (1991) meint, dass pathologisches Bedeutungserleben durch die Unfähigkeit gekennzeichnet ist, empfangene Eindrücke integrativ zu verarbeiten und mitzuteilen; nach Janzarik (1988) ist Wahn eine die Zufälligkeit oder nur subjektive Gültigkeit ausschließende Überzeugung, solange sie sich einer sie aufhebenden Desaktualisierung entzieht; und nach Conrad (1958) ist Wahn durch einen Verlust an Freiheitsgraden bestimmt. Der fundamentale Wechsel des Bezugssystems, der Überstieg, kann nicht mehr vollzogen werden. Dies führt zum Gefühl, im Mittelpunkt zu stehen und zu abnormen Bedeutungsideen. Unsere Arbeitsgruppe entwickelte für Studien zu transkulturellen Aspekten von Wahnthemen eine formale Wahndefinition, die bewusst alles Inhaltliche wie Bizarrheit oder Unmöglichkeit des Inhalts ausklammert und ihre Wurzeln in der transzendentalen Philosophie Kants sowie der analytischen Philosophie (und hier speziell in der nordamerikanischen Richtung der Philosophy of Mind) hat: Eine Wahnidee ist ein synthetisches Apriori als Konklusion eines induktiven Schlusses. Unter synthetisch versteht man im Gefolge von Kant Bezeichnungen für Sätze, die nicht allein aufgrund logischer und definitorischer Vereinbarungen gelten, also nicht analytisch sind, sondern nur in Bezug auf nicht-sprachliche Sachverhalte begründet werden können. Zu unterscheiden sind nach Mittelstraß (1995) empirische (a posteriori) von nicht-empirisch begründbaren und dennoch sachhaltig-erkenntniserweiternde synthetische Urteile a priori.

Dem amerikanischen Philosophen Robert Brandom (2004) folgend erweist sich der Realitätsgehalt eines theoretischen Objekts dann, wenn es möglich ist, dieses mit mindestens zwei unterschiedlichen theoretischen Ansätzen reliabel zu erfassen. Für (kulturvergleichende) Untersuchungen zum Wahn bedeutet das, dass das Vorliegen eines Wahns dann als gesichert gelten kann, wenn unter Verwendung von zwei Wahndefinitionen mit unterschiedlichem theoretischen Hintergrund (z.B.: Wahn nach Conrad, bzw. Spitzer etc.) die Diagnose eines Wahns gestellt werden kann.

3.2 Wahninhalte

Die Schwierigkeiten der Konzeption kulturvergleichender Wahnstudien enden allerdings nicht damit, sich auf eine Wahndefinition zu einigen, auch zur Frage, welche Inhalte ein Wahn haben kann, gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen. Diese Problematik wurde bis in das frühe zwanzigste Jahrhundert hinein heftig diskutiert. Prominente Nervenärzte wie Esquirol, Capgras oder Fregoli vertraten die Auffassung, dass jeder Wahninhalt eine nosologisch eigenständige Erkrankung sei. Im 20. Jahrhundert setzten sich nur wenige Psychiater systematisch mit der Erforschung der Prävalenz von Wahnthemen auseinander. Die Zahl der in der kulturvergleichenden Psychiatrie erhobenen Wahnthemen schwankt je nach Autor zwischen 6 und 21 (Kala u. Wig 1982; Kim et al. 2001; Masłowski 1986; Ndetei u. Vadher 1984; Suhail u. Cochrane 2002; Tateyama et al. 1993, 1998). Blankenburg (1991) wies darauf hin, dass es sich bei den gängigen Einteilungen um eine Aufzählung von völlig Heterogenem handelt. Ganz verschiedene Einteilungsprinzipien sind am Werk, die Kategorien überschneiden sich in verschiedener Weise, Wesentliches und Unwesentliches sind durcheinander gewürfelt. Solange es nicht gelingt, vernünftige Einteilungsprinzipien zu finden und eine Ordnung der Wahninhalte herzustellen, wird die vergleichende Psychopathologie in diesem Bereich kaum Fortschritte machen.

Im Folgenden soll ein semantisch-phänomenologisches Modell vorgestellt werden, mit dessen Hilfe Ordnung in die Vielzahl der möglichen Wahninhalte gebracht werden kann (s. Abb. 10).

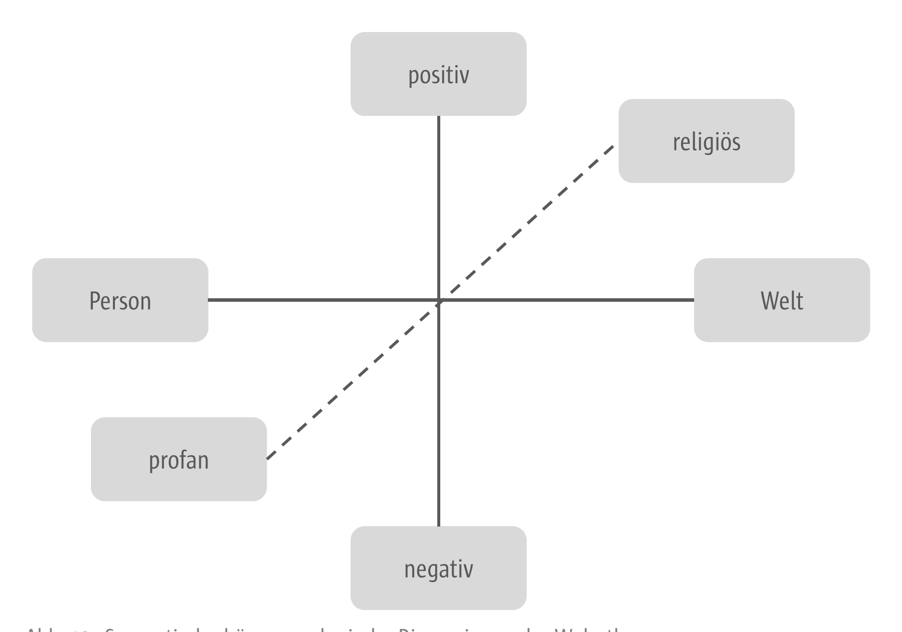


Abb. 10 Semantisch-phänomenologische Dimensionen der Wahnthemen

Im Wahn können entweder die Welt, die Person oder beide Bezugssysteme als verändert erlebt werden. Unter „Person“ wird die Gesamtheit der körperlichen, sozialen, psychischen und Identitätsbezüge eines Menschen, unter „Welt“ die soziale Mitwelt, aber auch die geschichtliche Situation, die physische und transzendente Außenwelt verstanden. Die wahnhafte Veränderung des Bezugsystems Welt-Person ist in ihrer affektiven Qualität nie neutral, sondern immer positiv oder negativ gefärbt. „Positiv-negativ“ umfasst dabei zahlreiche Dichotomien wie „gut-böse“, „schön-hässlich“, „arm-reich“, „bedrohlich-beschützend“, „groß-klein“, „gesund-krank“, „verdammt-auserwählt“, etc. Negative, auf eine Veränderung des Welterlebens verweisende Wahninhalte sind Verfolgungs-, Vergiftungs-, Eifersuchts- oder Weltuntergangsideen. Die wichtigste positive Veränderung der Welt im Wahn ist der Liebeswahn, d.h. der Wahn, geliebt zu werden. Negative, auf die eigene Person bezogene Wahninhalte sind Schuldideen, hypochondrische Wahnideen und Verarmungswahn. Positive, personenbezogene Inhalte sind alle Varianten von Größen- und Berufungsideen. Wahnthemen können darüber hinaus entweder religiös oder profan sein. Innerhalb dieser inhaltlichen Dimensionen des Wahns konkretisieren sich in der Psychose alle anthropologisch bedeutungsvollen Daseinsthemen wie Bedroht- oder Auserwähltsein, Liebe und Verlust, die Unversehrtheit des Leibes, Schuld und Scham, Weltanfang und Weltende, oder das Sein im Angesicht des Göttlichen.

3.2.1 Die Prävalenz von Wahnthemen im Kulturvergleich

Nach diesen theoretischen Vorüberlegungen wurde 1995 die „International Study on Psychotic Symptoms“ konzipiert, an der sich bisher insgesamt 10 Länder beteiligen (Stompe et al. 1999a, 2006a, 2006b, 2007; Stompe u. Friedmann 2007). Patienten mit Schizophrenie nach DSM-IV (SCID 1) wurden mit einem semi-strukturierten Fragebogen über Wahninhalte, Halluzinationen und Schneider’sche Erstrangsymptome befragt (Phänomenologie, Punktprävalenz; 12-Monatsprävalenz; Lebenszeitprävalenz). Ausgewertet und veröffentlicht wurden bisher die Daten von 1.080 Patienten aus 7 Ländern (Österreich; Polen, Litauen, Georgien, Nigeria, Ghana, Pakistan). Der Vergleich der Lebenszeitprävalenz und der Punktprävalenz der Wahnthemen der einzelnen Länder zeigt auf den ersten Blick mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten (s. Tab. 5).

Mit einer Lebenszeitprävalenz zwischen 66,2% (Georgien) und 98,7% (Ghana) war Verfolgung in allen Ländern das häufigste Wahnthema. Die Punktprävalenz, das heißt die Aktualität eines Themas zum Zeitpunkt der Befragung, liegt noch immer zwischen 57,4% (Österreich) und 85,4% (Pakistan). Das bedeutet, dass Bedrohungsszenarien im Verlauf der Erkrankung sehr häufig erlebt werden, bzw. eine sehr starke Neigung zur Chronifizierung zeigen. Die Verfolgungsthematik scheint das Produkt der kognitiven Verarbeitung der emotionalen Erfahrung am Beginn der Psychose zu sein. In der Wahnstimmung gewinnt die umgebende Welt zumeist einen unbestimmt bedrohlichen

Tab. 5 Lebenszeit- und Punktprävalenz von schizophrenen Wahnthemen in % (N = 1.080)

	Österreich (N = 350)	Polen (N = 80)	Litauen (N = 73)	Georgien (N = 74)	Pakistan (N = 103)	Nigeria (N = 324)	Ghana (N = 76)
Lebenszeitprävalenz							
Verfolgung	82,0%	90,0%	98,6%	66,2%	91,3%	77,1%	98,7%
Größe	43,4%	41,3%	42,5%	37,8%	10,7%	41,7%	64,5%
Religion	34,6%	33,8%	30,1%	32,4%	7,8%	37,7%	51,3%
Hypochondrie	17,4%	28,8%	23,3%	4,1%	4,9%	14,2%	27,6%
Schuld	13,7%	18,8%	24,7%	5,4%	1,0%	10,5%	9,2%
Vergiftung	10,9%	31,3%	32,9%	32,4%	16,5%	29,3%	39,5%
Apokalypse	8,3%	12,5%	32,9%	16,2%	1,0%	18,8%	9,2%
Abstammung	4,6%	12,5%	15,1%	25,7%	–	8,3%	10,5%
Liebe	5,4%	11,3%	4,1%	12,2%	–	6,5%	9,2%
Eifersucht	2,3%	1,3%	5,2%	6,8%	1,9%	6,5%	2,6%
Punktprävalenz							
Verfolgung	57,4%	73,4%	87,7%	58,1%	85,4%	71,9%	89,5%
Größe	13,1%	10,0%	13,7%	14,9%	4,9%	34,6%	52,6%
Religion	25,7%	31,3%	23,3%	24,3%	3,9%	33,3%	40,8%
Hypochondrie	6,0%	12,5%	8,2%	–	1,0%	10,5%	15,8%
Schuld	3,7%	6,3%	11,0%	–	–	13,7%	1,3%
Vergiftung	4,3%	13,8%	12,3%	18,9%	13,6%	25,3%	28,9%
Apokalypse	2,3%	3,8%	15,1%	2,7%	–	9,6%	6,6%
Abstammung	2,6%	1,3%	5,5%	14,9%	–	5,6%	6,6%
Liebe	0,3%	–	–	2,7%	–	14,3%	3,9%
Eifersucht	–	–	1,4%	1,4%	1,0%	2,8%	–

Σ% > 100%, da Mehrfachnennungen möglich waren

Charakter. Wenn durch die Wahnarbeit das Gefühl der diffusen Bedrohung konkrete Form annimmt, tritt für gewöhnlich eine affektive Stabilisierung und Beruhigung ein.

Ähnlich verhält es sich mit dem Erleben der eigenen Person. Im Kern der schizophrenen Psychose findet sich immer eine implizite oder explizite Größenidee. Wie Klaus Conrad (1958) am Begriff der Apophänie expliziert, erlebt sich der Kranke als Zentrum der Welt. Alles ist speziell für ihn „aufgestellt". Ob sich aus dieser impliziten Größenidee ein expliziter Größenwahn, ein Schuldwahn oder ein hypochondrischer Wahn entwickelt, hängt von verschiedenen Faktoren wie dem Schwerpunkt des Affektes in der Wahnstimmung aber auch von dem kulturellen Umfeld des Kranken ab. Beim Größenwahn fällt die Diskrepanz zwischen Lebenszeit- und Punktprävalenz auf: wäh-

rend mit der Ausnahme von Pakistan – nach Verfolgungswahn – Größeninhalte im Gesamtverlauf am zweithäufigsten zu finden sind (10,7–64,5%), sinkt dieser Wert zum Zeitpunkt des Interviews auf Werte zwischen 4,9% (Pakistan) und 52,6% (Ghana). Auffällig sind die großen Unterschiede zwischen Lebenszeit- und Punktprävalenz besonders in den europäischen Ländern (Österreich: 43,4% vs. 13,1%, Polen: 41,3% vs. 10,0%, Litauen: 42,5% vs. 13,7%, Georgien: 37,8% vs. 14,9%). Das bedeutet, dass wahnhafte Größenideen in diesen Ländern von vielen Patienten zeitlich begrenzt durchlebt werden und später von anderen auf die Person bezogenen Themen wie Schuldwahn oder hypochondrischem Wahn abgelöst werden. Die Differenz von Lebenszeit- und Punktprävalenz des Größenwahns ist in den außereuropäischen Ländern deutlich geringer: vor allem in den beiden westafrikanischen Staaten zeigen die Patienten auch zum Zeitpunkt des Befragung häufig eine wahnhafte Überhöhung des eigenen Person (Nigeria: 41,7% vs. 34,6%, Ghana: 64,5% vs. 52,6%). In Pakistan dagegen ist Größenwahn generell ein sehr seltenes Ereignis (10,7% vs. 4,9%).

Ungewöhnlich häufig finden sich religiöse Wahninhalte bei der Schizophrenie (Huber u. Gross 1977; Tateyama et al. 1993). Während die religiöse Komponente im depressiven Schuldwahn in den letzten 100 Jahren nahezu vollständig verschwunden ist (Kranz 1955; Lenz 1967), hat sich die (europäische) Säkularisierung nur wenig auf die Prävalenz des religiösen Wahns in der Schizophrenie ausgewirkt (Stompe et al. 2003). Die phänomenologische Qualität der Wahnstimmung, die in Vielem dem Erleben des Numinosen (Rudolf Otto) ähnlich ist, legt eine Verortung des psychotischen Erlebniswandels in religiöse Symbolsysteme nahe. Eine differenzierte Datenanalyse des religiösen Wahns zeigt allerdings, dass der Einfluss des religiösen Umfelds nicht zu unterschätzt werden darf. Die Lebenszeitprävalenz des religiösen Wahns ist bei Anhängern von Stammesreligionen mit 100% am höchsten, gefolgt von den westafrikanisch-christlichen (34,6%) und den westafrikanisch-islamischen Patienten (32,5%). Etwas niedriger war die Prävalenz mit jeweils 30% bereits bei den europäischen Katholiken und den Georgisch-Orthodoxen, am niedrigsten bei den europäischen Protestanten (20%), den Atheisten (4%) und den orthodoxen Sunniten in Pakistan (7,8%). Ein ekstatisch-synkretistisches religiöses Umfeld dürfte einen guten Nährboden für religiöse Wahnideen bieten. Dagegen scheint die Bilderfeindlichkeit des dogmatischen Islam und des europäischen Protestantismus die Pathogenese des religiösen Wahns zu hemmen. Obwohl religiöser Wahn vorwiegend im Frühverlauf schizophrener Erkrankungen zu finden ist (Stompe 2008), ist die Diskrepanz zwischen Lebenszeit- und Punktprävalenz weniger deutlich als beim Größenwahn. Vermutlich wird wahnhafte Größe in den meisten Kulturen durch die Konfrontation mit der Realität der Lebenswelt leichter korrigiert als religiöse Ideen, die durchaus auch ängstigenden Charakter wie etwa die Bedrohung durch Dämonen oder die bevorstehende Apokalypse haben können.

Es zeigt sich allerdings deutlich, dass der religiöse Wahn eigentlich kein eigenständiges Wahnthema ist, sondern, ebenso wie Profanität, lediglich eine bestimmte Färbung unterschiedlicher Wahnthemen darstellt. Hypochondrische

Wahnideen kommen bei etwa 14–28% der Patienten zumeist nach längerem Krankheitsverlauf vor (Stompe 2008). Ausnahmen sind Georgien und Pakistan mit deutlich niedrigeren Prävalenzen. Schuldwahn findet sich am häufigsten in katholischen Ländern und am seltensten bei den orthodox-sunnitischen Pakistanis (Stompe et al. 2006a). Beide Wahnthemen haben keinen überdauernden Status, die Lebenszeitprävalenz liegt in allen Ländern deutlich über der Punktprävalenz. In Relation zu anderen Wahnthemen hat der Vergiftungswahn eine starke Tendenz zu persistieren.

Die Prävalenz des Weltuntergangswahns hängt zum Teil auch vom kulturellen Hintergrund ab: in anomischen, im Umbau begriffenen Gesellschaften wie etwa Litauen oder Polen finden sich die höchsten Raten, andererseits dürfte der Akuität der Psychose ein zentraler Stellenwert zukommen; in Nigeria, dem Land mit der höchsten Rate an schizoaffektiven Erkrankungen, fand sich auch eine hohe Prävalenz apokalyptischer Ideen (Stompe u. Friedmann 2007). Dass apokalyptische Wahnideen Anzeichen eines akut-psychotischen Geschehens sind und nur in Phasen hoher Wahndynamik vorkommen, zeigt sich in der Relation von Punkt- zu Lebenszeitprävalenz.

Abstammungs-, Liebes- und Eifersuchtswahn gehören zu den seltenen Wahnthemen. Abstammungswahn, eine Variante des Größenwahns, kommt am häufigsten in den osteuropäischen Staaten vor, beim Liebeswahn und beim Eifersuchtswahn finden sich dagegen keine Verteilungsunterschiede. Noch seltener, mit einer Lebenszeitprävalenz von unter 1%, sind hier nicht gesondert angeführte Themen wie Schwangerschafts- und Verarmungswahn.

Bei all diesen Verteilungsunterschieden sollte nicht übersehen werden, dass sich dahinter Ordnungsstrukturen erkennen lassen, die auf einen kulturunabhängigen Kern des schizophrenen Wahns verweisen (s. Tab. 6). So ist etwa

Tab. 6 Rangordnung der Lebenszeit- und Punktprävalenz von Wahnthemen (N = 1.080)

	Österreich		Polen		Litauen		Georgien		Pakistan		Nigeria		Ghana	
	LP	PP	LP	PP	LP	PP	LP	PP	LP	PP	LP	PP	LP	PP
Verfolgung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Größe	2	3	2	5	2	4	2	4	3	3	2	2	2	2
Religion	3	2	3	2	4	2	3	2	4	4	3	3	3	3
Hypochondrie	4	4	5	4	6	7	9	–	5	5	6	5	5	5
Schuld	5	6	6	6	5	6	8	–	7	–	7	9	7	8
Vergiftung	6	5	4	3	3	5	4	3	2	2	4	4	4	4
Weltuntergang	7	8	7	7	3	3	10	6	7	–	5	6	7	6
Abstammung	8	7	7	8	7	8	5	5	–	–	8	7	6	6
Liebe	9	9	8	–	9	–	6	6	–	–	9	8	7	7
Eifersucht	10	–	9	–	8	9	7	7	6	5	9	10	8	–

LP = Lebenszeitprävalenz; PP = Punktprävalenz

in allen Ländern der Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn das am häufigsten genannte Thema, gefolgt vom Größenwahn.

3.2.2 Mono- und polythematischer Wahn

Die Frage nach der Vielgestaltigkeit oder Einförmigkeit des Wahns berührt das alte Paranoiaproblem (Schmidt-Degenhardt 2010). Wahnhafte Störungen oder paranoide Psychosen zeichnen sich durch den Umstand aus, dass der Kranke nahezu vollständig durch eine Thematik okkupiert ist. Der Wahn ist eingekapselt, der überwiegende Teil der psychischen Struktur bleibt intakt (Kretschmer 1918; Stompe u. Schanda 2011). Monothematischer Wahn findet sich allerdings nicht nur bei wahnhaften Störungen, sondern auch bei schizophrenen Erkrankungen. Dieser Umstand führte im 20. Jahrhundert vor allem in der deutschsprachigen Psychiatrie zu zahlreichen Diskussionen über den eigenständigen Status wahnhafter Störungen. Je ausgedehnter ein Wahn ist, daher je mehr Wahnthemen elaboriert sind, desto umfangreicher sind die Strukturverformungen (Janzarik 1988).

Unbekannt war bisher:

- wie häufig monothematische und polythematische Wahngebäude in unterschiedlichen Kulturen vorkommen
- welche Wahnthemen als solitärer Inhalt das Feld okkupieren können
- welche Wahninhalte in polythematischen Wahngebäuden miteinander verbunden sind

Diese Fragestellungen sollen in Folge untersucht werden.

Monothematischer Wahn

Wie Abbildung 11 zeigt, variiert die Prävalenz des monothematischen Wahns interkulturell deutlich ($chi^2 = 103,5$; $p = ,000$). Auffällig ist die hohe Rate in Pakistan, wo nahezu von 70% der Patienten ausschließlich über ein Thema berichtet wurde. Am anderen Ende des Spektrums befindet sich Ghana mit lediglich 6%. In den europäischen Staaten schwankte die Prävalenz zwischen 16,6% (Litauen) und 34,4% (Österreich).

Mit der Ausnahme von Pakistan finden sich bei schizophrenen Erkrankungen deutlich häufiger polythematische Wahngebäude. Generell sind in Pakistan schizophrene Erkrankungen in vieler Hinsicht einförmiger als in den anderen Ländern: Halluzinatorische Erlebnisse beschränken sich für gewöhnlich auf Phoneme (Bauer et al. 2011), hebephrene Subtypen und Residuen sind häufiger, schizoaffektive und paranoide Subtypen seltener anzutreffen als in den übrigen Ländern (Stompe u. Friedmann 2007).

In der Gesamtgruppe finden sich von den zehn in der ISPS erfassten Wahninhalten nur wenige in monothematischer Form (s. Abb. 12).

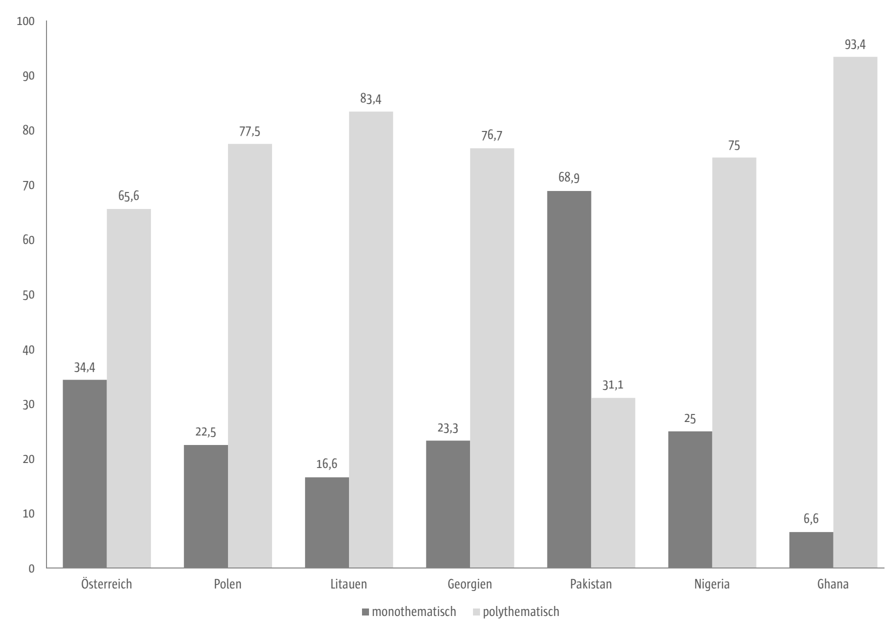


Abb. 11 Häufigkeit von mono- und polythematischem Wahn in % (N = 1.080)

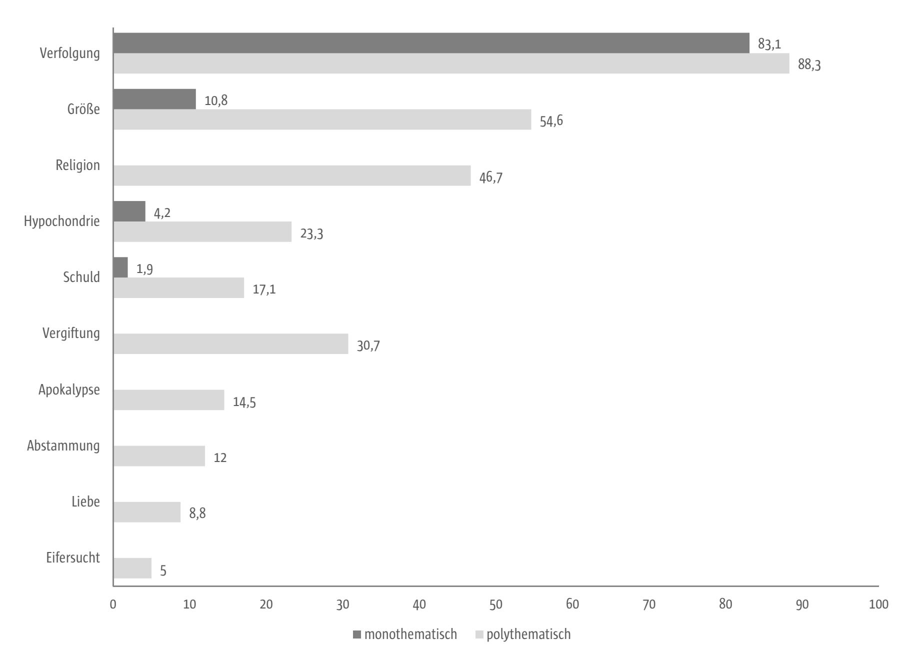


Abb. 12 Prävalenz mono- und polythematischer Wahnthemen in % in der Gesamtgruppe (N = 1.080)

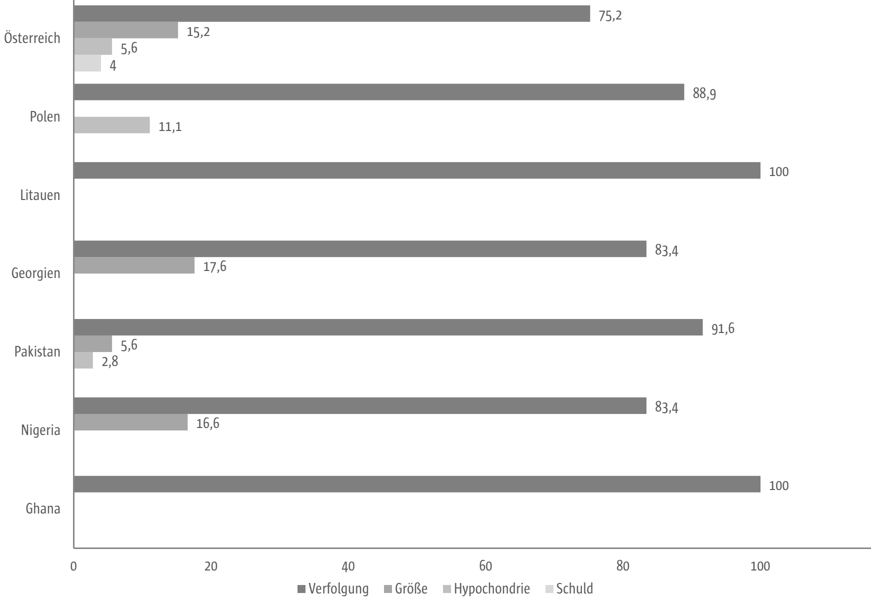


Abb. 13 Monothematische Wahninhalte in % (N = 343)

Auch hier nimmt der Verfolgungswahn die zentrale Position ein. Nur ganz vereinzelt finden sich Patienten, die ausschließlich einen Größenwahn oder einen hypochondrischen Wahn zeigen, monothematischer schizophrener Schuldwahn ist mit fünf österreichischen Patienten eine Rarität. Es scheint also in allen Kulturen die Idee, verfolgt zu werden, häufig als Erklärungsmuster für die psychotische Weltveränderung auszureichen, danach kommt die Wahnarbeit (die kognitive Verarbeitung der Wahnstimmung und der Basissymptome) weitgehend zum Stillstand (s. Abb. 13).

Es folgt nun, nachdem bereits eine gewisse affektive Beruhigung eingetreten ist, in der Regel eine Phase der Konkretisierung des Verfolgungswahns, in welcher der Kranke Klarheit über Identität der Verfolger, Art, Grund und Zweck der Verfolgung gewinnt, ein Prozess, der schrittweise zur Organisierung und Abkapselung des Wahns führt (Stompe et al. 1999a; Stompe u. Schanda 2011).

Polythematischer Wahn

Polythematische Wahngebäude finden sich am häufigsten in Ghana (93,4%) sowie in den neuen EU-Staaten Polen (77,5%) und Litauen (83,4%). Nur wenig darunter liegt die Rate in Nigeria (75%) und in Georgien (76,7%), gefolgt von Österreich (65,6%) (s. Abb. 11). In den meisten Ländern nennt die überwiegende Zahl der Patienten mit polythematischem Wahn im Durchschnitt 3,0 ± 1,2 Wahnthemen (s. Abb. 14).

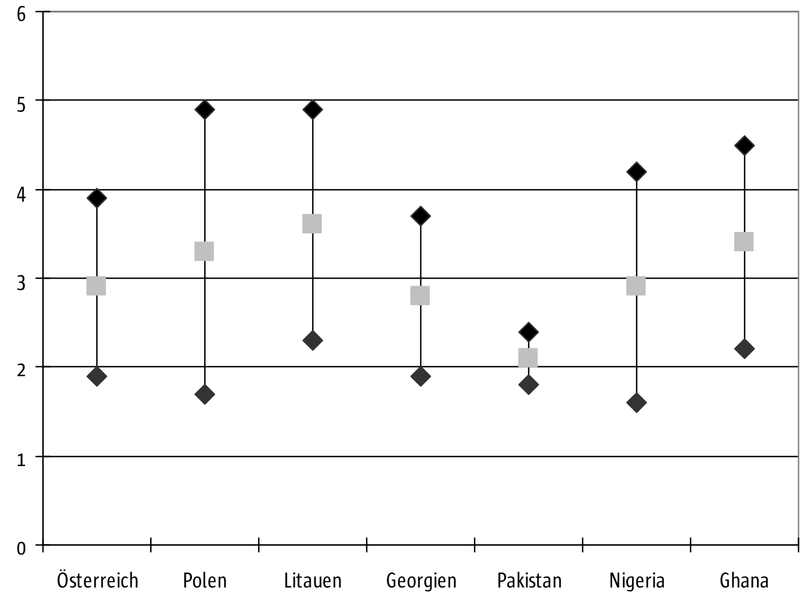


Abb. 14 Anzahl der Wahnthemen im polythematischen Wahn (N = 737)

Ausnahme ist Pakistan mit im Durchschnitt 2,1 ± 0,3 Themen. Wie zuvor gezeigt wurde, ist Pakistan das einzige der untersuchten Länder, in dem wir häufiger monothematische als polythematische Wahngebäude antrafen. Dieser Trend scheint sich somit in der geringeren Anzahl von Wahnthemen im polythematischen Kontext fortzusetzen.

Die Prävalenzen sämtlicher Wahnthemen sind im polythematische naturgemäß höher als im monothematischen Wahn (s. Abb. 12). Betroffen davon ist vor allem der Größenwahn, der monothematisch lediglich von 10,8%, polythematisch hingegen von 54,6% der Befragten angegeben wurde. Religiöse Wahninhalte, Vergiftungs- und apokalyptische Ideen sowie Abstammungs-, Liebes-, und Eifersuchtswahn fanden sich ausschließlich in polythematischer Fassung. Insgesamt ist die Vielfalt der Wahnthemen schizophrener Erkrankungen mit der Ausnahme von Pakistan auf polythematische Wahngebäude zurückzuführen. Wie besprochen nimmt der monothematische Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn kulturunabhängig eine herausragende Stellung ein (s. Abb. 13). Die wahnhafte Gewissheit, verfolgt zu werden, ist allerdings auch im polythematischen Kontext mit großem Abstand die am häufigsten genannte Thematik. Die Differenz der Prävalenzen von monothematischem und polythematischem Verfolgungswahn ist zudem deutlich geringer als bei allen anderen Wahnthemen.

Mit Ausnahme des Liebeswahns finden sich bei allen Wahnthemen interkulturell statistisch signifikante Verteilungsunterschiede, die vor allem auf die besondere thematische Zusammensetzung des Wahns in Pakistan zurückzuführen sind (s. Tab. 7).

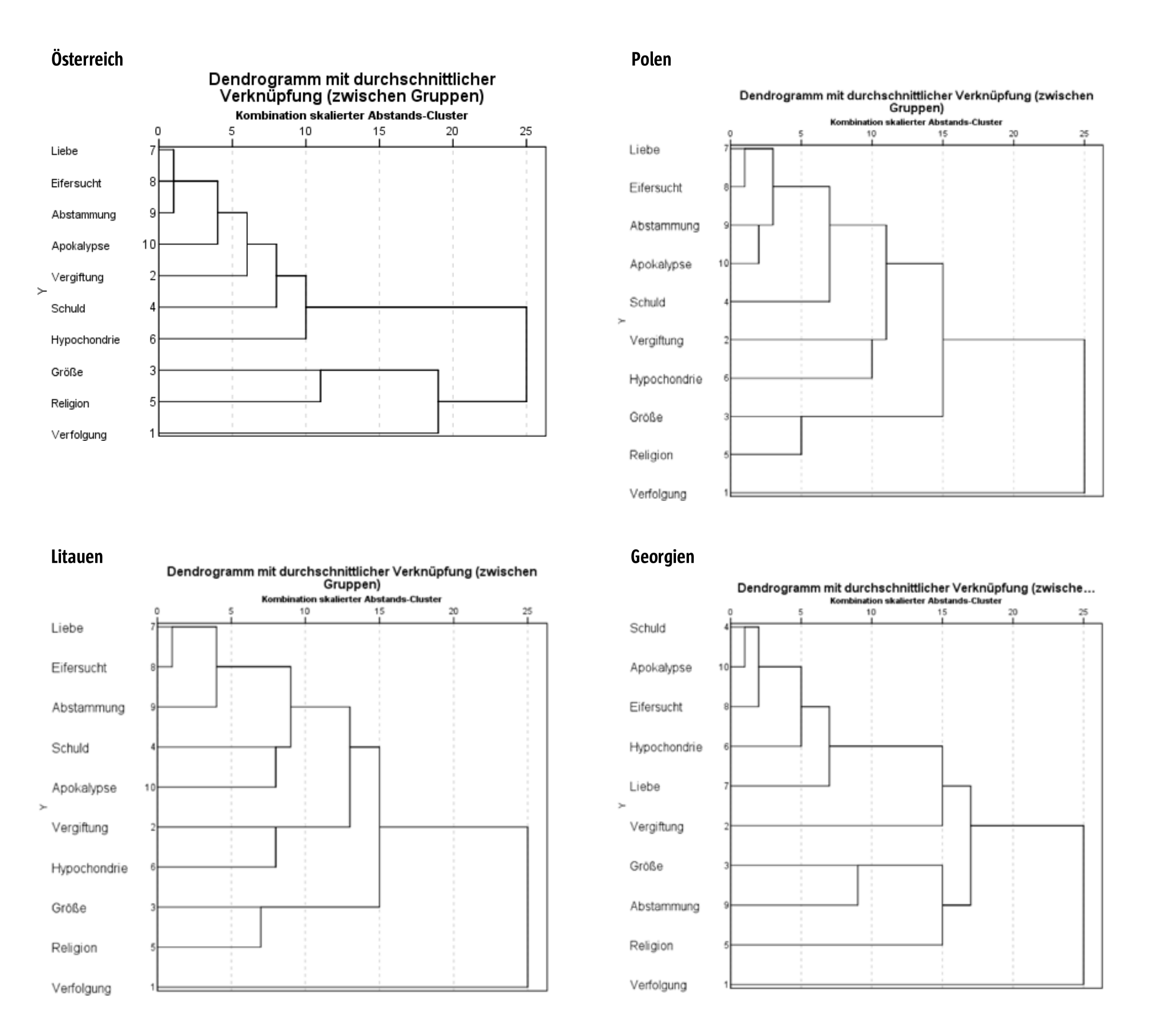
Tab. 7 Polythematische Wahninhalte in % (N = 737)

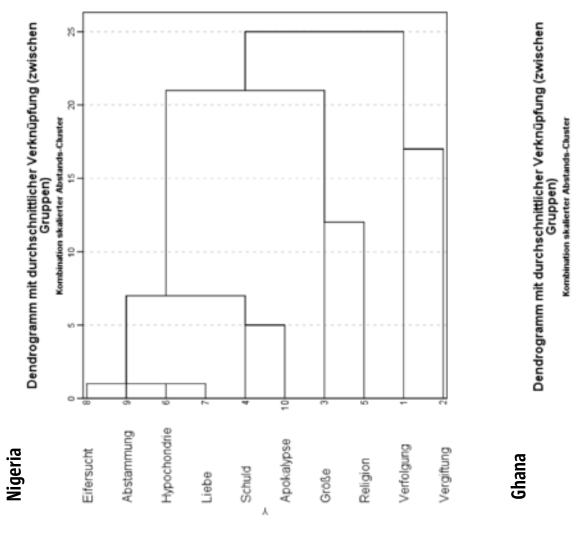
	Österreich (n = 238)	Polen (n = 62)	Litauen (n = 61)	Georgien (n = 57)	Pakistan (n = 32)	Nigeria (n = 233)	Ghana (n = 71)
Verfolgung	86,1%	90,3%	98,4%	73,7%	93,8%	80,6%	98,6%
Größe	59,2%	53,2%	50,8%	43,9%	21,9%	49,4%	69,0%
Religion	52,5%	43,5%	36,1%	36,8%	25,0%	50,2%	36,8%
Hypochondrie	23,5%	33,9%	27,9%	17,5%	9,4%	5,6%	29,6%
Schuld	18,9%	24,2%	29,5%	7,0%	3,1%	13,9%	9,9%
Vergiftung	16,4%	40,3%	39,3%	3,5%	3,1%	19,4%	9,9%
Apokalypse	12,6%	16,1%	18,0%	29,8%	–	11,1%	11,3%
Abstammung	7,1%	16,1%	18,0%	29,8%	–	11,1%	11,3%
Liebe	7,6%	14,5%	4,9%	15,8%	–	8,3%	9,9%
Eifersucht	3,4%	1,6%	13,1%	8,9%	3,1%	8,3%	2,8%

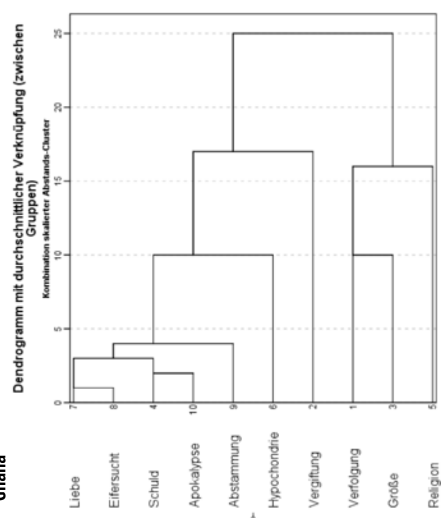
Wie schon der Überblick über die Punkt- und Lebenszeitprävalenz gezeigt hat, berichteten pakistanische Patienten deutlich seltener über religiöse, Größen-, Schuld- und hypochondrische Ideen. Monothematisch und polythematisch steht die negative Veränderung der Welt (Verfolgungs- und Vergiftungswahn) ganz im Zentrum des Wahns (s. Tab. 5). Wie in einer früheren Arbeit gezeigt wurde (Stompe et al. 1999a), stehen Verwandte und Partner als Verfolger im Zentrum der wahnhaften Ängste. Das stützende, aber auch fordernde und oft überfordernde hierarchisch organisierte Familiensystem führt im Vorfeld der Psychose oftmals zu Konflikten, da vor allem die ältesten Söhne die in sie gesetzten normativen Erwartungen nicht erfüllen können (Stompe et al. 1999b), eine Konstellation, die zu einer Fixierung der Wahnthematik auf Verfolgung, Beeinträchtigung und Vergiftung führen kann.

Zur Beantwortung der Frage, ob die polythematisch strukturierten Wahninhalte überall gleichförmig miteinander verbunden sind oder ob sich hier kulturspezifische Unterschiede ausmachen lassen, wurden hierarchische Clusteranalysen gerechnet, deren Ergebnisse zur besseren Illustration als Dendrogramme dargestellt werden. Die sieben Einzelabbildungen der Abbildung 15 veranschaulichen diese Zusammenhänge.

Auch hier wird einmal mehr die Bedeutung des Verfolgungswahns bei schizophrenen Erkrankungen evident. In den osteuropäischen Ländern bilden alle übrigen Themen einen Cluster, der mit dem Verfolgungswahn verbunden ist. In Österreich, Pakistan und den beiden westafrikanischen Ländern findet sich eine 2-Cluster Lösung. Wiederum nimmt der Verfolgungswahn die zentrale Position im Cluster 1 ein. Größenwahn und religiöser Wahn treten regelhaft gemeinsam auf. Im Gegensatz zu manischen Größenideen hat der schizophrene Größenwahn offenbar sehr häufig eine religiöse Färbung. Mit der Ausnahme


Österreich
Dendrogramm mit durchschnittlicher Verknüpfung (zwischen Gruppen)
Kombination skalierter Abstands-Cluster
Liebe
Eifersucht
Abstammung
Apokalypse
Vergiftung
Schuld
Hypochondrie
Größe
Religion
Verfolgung
Polen
Dendrogramm mit durchschnittlicher Verknüpfung (zwischen Gruppen)
Kombination skalierter Abstands-Cluster
Liebe
Eifersucht
Abstammung
Apokalypse
Schuld
Vergiftung
Hypochondrie
Größe
Religion
Verfolgung
Litauen
Dendrogramm mit durchschnittlicher Verknüpfung (zwischen Gruppen)
Kombination skalierter Abstands-Cluster
Liebe
Eifersucht
Abstammung
Schuld
Apokalypse
Vergiftung
Hypochondrie
Größe
Religion
Verfolgung
Georgien
Dendrogramm mit durchschnittlicher Verknüpfung (zwische...
Kombination skalierter Abstands-Cluster
Schuld
Apokalypse
Eifersucht
Hypochondrie
Liebe
Vergiftung
Größe
Abstammung
Religion
Verfolgung





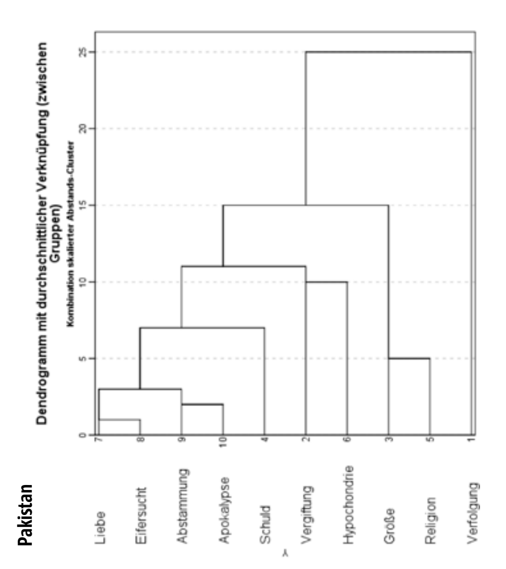


Abb. 15 Polythematische Wahncluster (N = 737)

von Ghana sind Verfolgungsideen dagegen überwiegend profan. So findet sich sehr häufig eine Konstellation, in der der Kranke eine religiöse Wahnidentität (z.B. Jesus) hat, gleichzeitig aber meint, von seiner (profanen) Umwelt verfolgt zu werden. In Österreich, Polen und Litauen bilden wahnhafte Eifersuchts- und Liebesthemen, die beide auf reale (Eifersuchtswahn) oder imaginierte (Liebeswahn) Intimbeziehungen verweisen, einen Mikrocluster. Die anderen Wahnthemen sind interkulturell variabel miteinander verbunden. Manchmal treten apokalyptischer und Schuldwahn gemeinsam auf (Litauen, Georgien, Nigeria und Ghana). Leicht nachvollziehbar ist die Assoziation von Vergiftungswahn mit Verfolgungswahn (Pakistan, Nigeria) bzw. mit hypochondrischem Wahn (Polen, Litauen).

3.3 Struktur des Wahns

Unter Wahnstruktur werden Organisation (Systematisierung), Logik, und Aufbauelemente des Wahns verstanden (Berner 1982; Stompe u. Schanda 2011). Die Begriffe organisiert (systematisiert), bzw. unorganisiert (unsystematisiert) kennzeichnen, inwieweit der Wahn zu einem geschlossenen Gebilde zusammengefasst ist oder nicht (Berner 1982). Unter Organisation versteht man das Bemühen des Betroffenen, durch Wahnarbeit einen zunächst unorganisierten Wahn zu ordnen. Gelingt dies, so wird das daraus resultierende straff organisierte Wahngebäude als systematisierter Wahn bezeichnet. Die Analyse der Wahnlogik bezeichnet die logische Struktur der Ideenverknüpfungen des Wahns. Aufbauelemente sind Phänomene aus welchen sich der Wahn konstituiert. Diese können im Verlauf aber auch seiner Ausgestaltung dienen. Aufbauelemente können sowohl normopsychische Akte (normale Wahrnehmungen, unverfälschte Erinnerungen) als auch unstrukturierte psychotische Erlebnisse (Wahnstimmung und Anmutungen) oder figurale psychotische Phänomene (Trugerinnerungen und Erinnerungsfälschungen, Schneider'sche Erstrangsymptome, verschiedene Formen psychotischer und nicht-psychotischer Wahrnehmungsveränderungen und Konfabulationen) sein. Im Folgenden werden wir uns auf die Darstellung der Organisation und der Wahnlogik bei monothematischen und polythematischen Wahn beschränken.

3.3.1 Organisation (Systematisierung) des Wahns

Während ein monothematischer Wahn zumeist organisiert (systematisiert) ist, liegt polythematischer Wahn sowohl in organisierter als auch in unorganisierter Form vor (s. Abb. 16).

In den europäischen Ländern ist der monothematische Wahn in 84–94% der Fälle organisiert, in Pakistan sogar in 98%. Etwas niedriger ist diese Rate in den westafrikanischen Staaten. Hier ist der monothematische Wahn bei 28% der nigerianischen und bei immerhin 37% der ghanaischen Patienten unorganisiert.

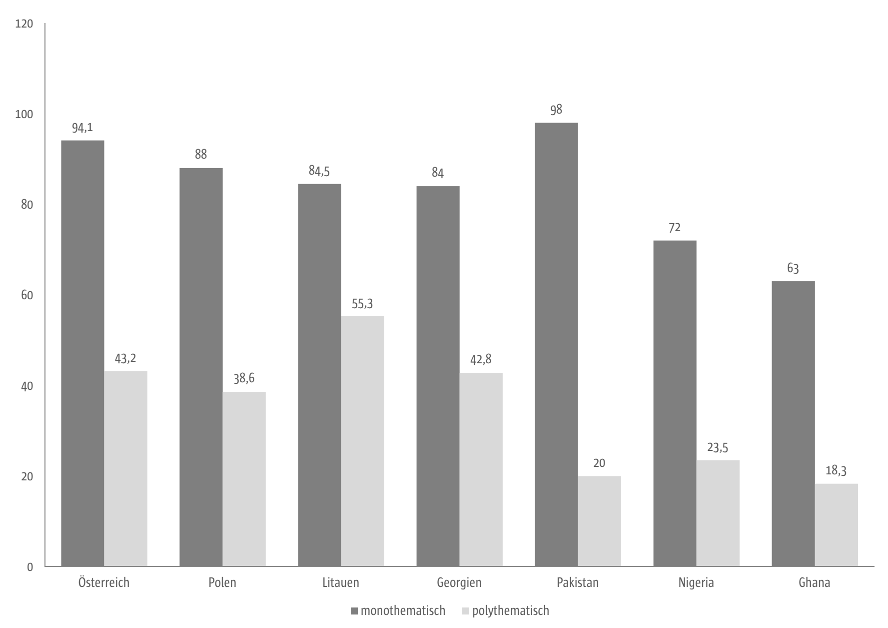


Abb. 16 Häufigkeit von organisiertem monothematischem und polythematischem Wahn in % (N = 1.080)

Umgekehrt sind in nahezu allen Ländern polythematische Wahnbildungen vorwiegend unorganisiert. In den außereuropäischen Staaten ist der Wahn deutlich öfter unorganisiert als in Europa. Mehrere gleichzeitig vorhandene Wahnthemen scheinen die kognitiven Integrationsleistungen manchmal zu überfordern. Wenn hingegen nur ein Wahnthema bearbeitet werden muss, entsteht in der überwiegenden Zahl ein organisierter Wahn. Der westliche Zwang zur geschlossenen Form könnte die höhere Prävalenz von organisiertem polythematischem Wahn in den europäischen Staaten erklären.

3.3.2 Wahnlogik

Eine ähnliche Konstellation findet sich beim logischen Aufbau des Wahns. Auch hier ist der monothematische Wahn, vor allem in den europäischen Staaten und in Pakistan häufig in sich logisch strukturiert. In Nigeria und in Ghana sind aber immerhin in 36% bzw. 50% der monothematischen Wahngebäude paralogisch (s. Abb. 17).

Die Anzahl der logisch strukturierten polythematischen Wahnformationen ist in allen Kulturen deutlich geringer. Besonders in den nicht-europäischen Staaten findet sich vorwiegend einen paralogisch aufgebauter polythematischer Wahn (Pakistan: 88%, Nigeria: 87,3%, Ghana: 86,3%), während in Europa hier das Verhältnis von logisch zu paralogisch ausgeglichener ist.

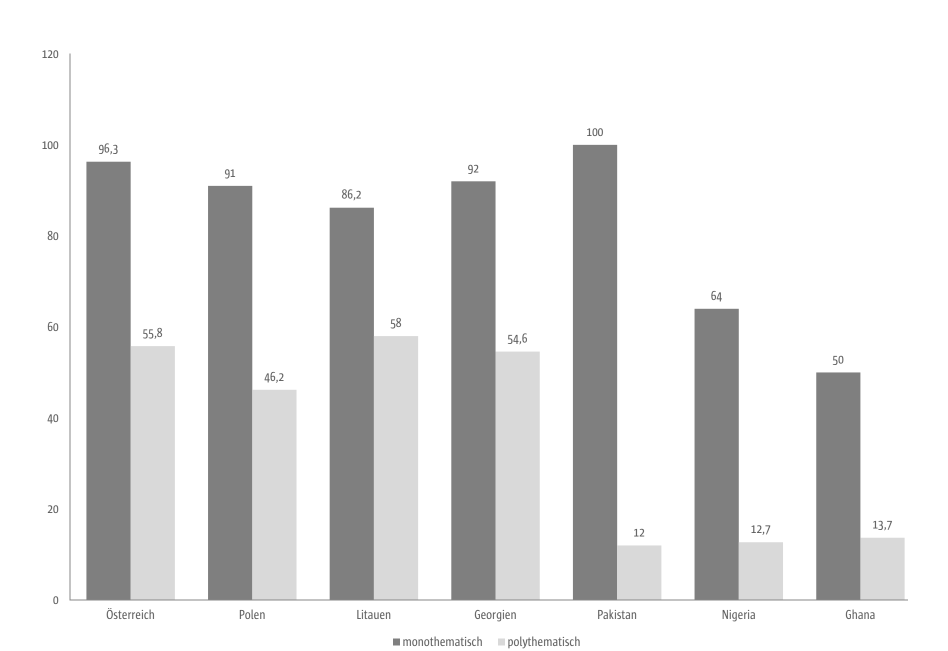


Abb. 17 Häufigkeit von logischem monothematischem und polythematischem Wahn in % (N = 1.080)

Vor allem in Pakistan wird beim Vergleich von monothematischem (logisch: 100%) und polythematischem Wahn (logisch: 12%) deutlich, dass es den Kranken häufig nicht gelingt, mehreren Wahnthemen zugleich logisch durchzuarbeiten. Im westafrikanischen Kulturraum scheinen logische Widersprüche weniger problematisch zu sein. Der Wahn zeigt in Nigeria und Ghana deutlich häufiger eine paralogisch-unorganisierte Struktur als in den anderen Ländern.

Zusammenfassung

Um Wahnthemen kulturvergleichend untersuchen zu können, ist eine kategoriale Wahndefinition erforderlich. Diese Definition darf sich nicht auf inhaltliche Kriterien wie die nach Jaspers oder DSM beziehen. Das Vorliegen eines Wahns kann dann als valide und reliabel angenommen werden, wenn Untersucher aus verschiedenen Kulturen mit zwei Definitionen Erlebnisse als Wahn klassifizieren.

Wahnthemen lassen sich in ein bipolar angeordnetes dreidimensionales Koordinatensystem einordnen, das auf eine semantische Ordnung der Wahninhalte verweist. In allen untersuchten Kulturen sind Verfolgungs- und Größenwahn die häufigsten schizophrenen Wahnthemen. Im Längsschnitt findet sich eine bunte Fülle an Wahnthemen, im Querschnitt ist die Erkrankung deutlich einförmiger. Besonders auffällig wird dies bei monothematischen Wahngebäuden, der nahezu ausschließlich aus Verfolgungsideen besteht. Polythematisch ist der inhaltliche Aufbau auch im Querschnitt wesentlich vielfältiger. Die Clusteranalyse weist hier auf basale kulturunabhängige Ordnungsprinzipien der Wahnthemen hin.

Daneben gibt es allerdings auch deutliche interkulturelle Unterschiede: Schuldwahn etwa findet sich vorwiegend in Ländern mit einer überwiegend christlichen Bevölkerung. In den westafrikanischen Staaten ist der Wahn häufiger religiös gefärbt, unorganisiert und paralogisch.

Wie wir zu zeigen versuchten, kann die kulturvergleichende Psychiatrie zu vertieften Einsichten in das Wesen und den grundlegenden Aufbau des Wahns verhelfen. Auf Zudem finden sich auch zahlreiche Hinweise auf den pathoplastischen Effekt von Kultur und Gesellschaft.

Literatur

Bauer S, Schanda H, Karakula H, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, Chaudhry HR, Idemudia I, Gscheider S, Ritter K, Stompe T (2011) Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. Comprehensive Psychiatry in Druck

Berner P (1982) Psychiatrische Systematik. Huber Bern Stuttgart Wien

Blankenburg W (Hrsg.) (1991) Wahn und Perspektivität. Enke Stuttgart

Bleuler E (1911) Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke Leipzig Wien

Brandom R (2004) Die expressive Vernunft. Suhrkamp Frankfurt am Main

Conrad K (1958) Die beginnende Schizophrenie. Thieme Stuttgart

Gruhle H (1951) Über den Wahn. Nervenarzt 22, 125–126

Huber G, Gross G (1977) Wahn. Enke Stuttgart

Janzarik W (1988) Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke Stuttgart

Jaspers K (1913) Allgemeine Psychopathologie. Springer Berlin Heidelberg New York

Jossmann P (1921) Das Problem der Überwertigkeit. Z Ges Neurol Psychiatr 64, 1–82

Kala AK, Wig NN (1982) Delusion across cultures. Int J Soc Psychiatry 28,185–193

Kim K, Hwu H, Zhang LD, Lu MK, Park KK, Hwang TJ, Kim D, Park YC (2001) Schizophrenic delusions in Seoul, Shanghai and Taipei: a transcultural study. J Korean Med Sci 16, 88–94

Kraepelin E (1899) Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. 6., vollständig umgearbeitete Auflage. Barth Leipzig

Kranz H (1955) Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. Fortschr Neurol Psychiatr 23, 829–827

Kretschmer E (1950) Der sensitive Beziehungswahn. 3. Auflage. Springer Berlin

Lenz H (1964) Vergleichende Psychiatrie. Eine Studie über die Beziehung von Kultur, Soziologie und Psychopathologie. Maudrich Wien

Masłowski J (1986) Pathoplastic influences on symptoms of schizophrenia. A comparative study in Libya and Malta. Acta Psychiatr Scand 73, 618–623

Mittelstraß J (Hrsg.) (1995) Enzyklopädie und Wissenschaftstheorie. Verlag J.B. Metzler Stuttgart Weimar

Ndetei DM, Vadher A (1984) Frequency and clinical significance of delusions across cultures. Acta Psychiatr Scand 70, 73–76

Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen Bern Toronto Seattle

Schmidt-Degenhard M (2010) Die Paranoiafrage – Problemgeschichtliche und psychopathologische Überlegungen. In: Lammel M, Sutarski S, Lau S, Bauer M (Hrsg.) Wahn und Schizophrenie. Psychopathologie und forensische Relevanz. 33–46. Medizinischer Wissenschaftsverlag Berlin

Spitzer M (1989) Ein Beitrag zum Wahn. Nervenarzt 60, 95–101

Stompe T (2008) Geschlecht, Alter und Wahnthematik in der Schizophrenie. J Neurol, Neurochir Psychiatr 2, 35–37

Stompe T (2010) Problemstellungen und Ergebnisse der Transkulturellen Wahnforschung. Psychopraxis 13, 22–27

Stompe T, Bauer S, Karakula H, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, Chaudhry HR, Idemudia EE, Gscheider S (2007) Paranoid-hallucinatory syndromes in schizophrenia – results of the International Study on Psychotic Symptoms. WCPRR 4, 63–68

Stompe T, Bauer S, Ortwein-Swoboda G, Schanda H, Karakula H, Rudaleviciene P, Chaudhry HR, Idemudia ES, Gschaider S (2006a) Delusions of guilt: The attitude of Christian and Islamic confessions towards Good and Evil and the responsibility of men. J Muslim Mental Health 1, 43–56

Stompe T, Friedman A, Ortwein G, Strobl R, Chaudhry HR, Najam N, Chaudhry MR (1999a) Comparison of delusions among schizophrenics in Austria and in Pakistan. Psychopathology 32, 225–234

Stompe T, Friedmann A (2007) Culture and Schizophrenia. In: Bhugra D (Hrsg.) Textbook for Cultural Psychiatry. 314–322. Cambridge University Press Cambridge

Stompe T, Karakula H, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, Chaudhry HR, Idemudia EE, Gscheider S (2006b) The pathoplastic effect of culture on psychotic symptoms in schizophrenia. WCPRR 1, 157–163

Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Friedmann A, Chaudhry HR (1999b) Sibling orders of schizophrenic patients in Austria and Pakistan. Psychopathology 32, 281–291

Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H (2003) Old wine in new bottles? Stability and plasticity of the contents of schizophrenic delusions. Psychopathology 36, 6–12

Stompe T, Schanda H (2011) Die klinisch-deskriptive Psychopathologie des Wahns. In: Unterthurner G, Kadi U (Hrsg.) Wahn. Philosophische, psychoanalytische und kulturwissenschaftliche Perspektiven. Turia + Kant Wien in Druck

Suhail K, Cochrane R (2002) Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. Int J Soc Psychiatry 48, 126–138

Tateyama M, Asai M, Hashimoto M, Bartels M, Kasper S (1998) Transcultural study of schizophrenic delusions. Tokyo versus Vienna and Tübingen (Germany). Psychopathology 31, 59–68

Tateyama M, Asai M, Kamisada M, Hashimoto M, Bartels M, Heimann H (1993) Comparison of schizophrenic delusions between Japan and Germany. Psychopathology 26, 151–158

4 Kultur und Depression

Hans-Jörg Assion und Thomas Stompe

4.1 Depression im Kontext von Migration

Depressive Erkrankungen zählen weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und werden bis zum Jahr 2020 auch die zweithäufigste Ursache in Hinblick auf Funktionsbeeinträchtigungen werden (WHO 2007). In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche bevölkerungsbezogene Studien mit dem Ziel durchgeführt, einen besseren Aufschluss über die Häufigkeit, Verteilung und den Verlauf von depressiven Erkrankungen zu bekommen (Lecrubier 2001, 2007; Inaba et al. 2005), darunter auch großangelegte epidemiologische Untersuchungen (Lepine 2001; Wittchen u. Jacobi 2005).

Folgt man der Auswertung des Bundesgesundheitssurveys von 1998, so ist von einer Prävalenz von 15% bei den Frauen und 8,1% bei den Männern auszugehen; damit sind Frauen deutlich häufiger als Männer betroffen (RKI 2006).

Weitgehender Konsens besteht darüber, dass Depression als eine kulturübergreifende Erkrankung zu verstehen ist, die in ihrer Symptompräsentation und Prävalenz kulturspezifischen Besonderheiten und Unterschieden unterliegt. Das zeigt überzeugend die von der WHO in fünf Ländern durchgeführte Studie (Kanada, Indien, Iran, Japan, Schweiz), an der 573 Patienten teilnahmen und aus der deutlich wird, wie die Symptomausprägung in Abhängigkeit von dem kulturellen Kontext variiert. Während z.B. 68% der schweizerischen Bevölkerung über Schuldgefühle berichteten, waren es lediglich 32% im Iran. Hin-

gegen wiesen 57% der befragten Iranis in der Depression Zeichen einer Somatisierung auf, während der Anteil in Kanada lediglich 27% betrug (WHO 1983). Die durch das kulturelle Umfeld bedingte syndromale Variabilität erschwert wiederum die epidemiologische Datenerfassung. Auf die kulturspezifischen Merkmale sollte zwar gebührend eingegangen werden, doch fehlt es bisher an einem entsprechenden, allgemein akzeptierten methodischen Vorgehen. Erhebungsinstrumente wie z.B. die Zung-Selbstbeurteilungsskala, die Hamilton Depressionsskala, das Beck Depression-Inventar oder das standardisierte WHO Schedule zur Erfassung depressiver Störungen (WHO/SADD) u.a. wurden zwar in vielen Kulturen verwendet, haben aber eine begrenzte Validität im Hinblick auf kulturelle Einflussfaktoren und damit ihre Begrenzung bei nicht-westlichen Bevölkerungsschichten.

Vergleichsweise wenige Daten liegen bisher über Migranten und Migrationskontexte vor, was die Prävalenz- und Inzidenzraten oder spezifischen Risikofaktoren für eine Depression betrifft. Die bisher vorhandenen Informationen lassen jedoch darauf schließen, dass neben dem Faktor der Migration oder des Migrationshintergrunds noch weitere peristatische Faktoren eine Rolle spielen (Tinghog et al. 2007). So weisen populationsbezogene Untersuchungen aus den Benelux-Staaten (Levecque et al. 2007) oder den Vereinigten Staaten (Williams et al. 2007) meist auf eine höhere Prävalenz der Major-Depression (MDD) bei Menschen mit Migrationshintergrund hin. Eine metaanalytische Auswertung der Prävalenzraten hingegen erbrachte keinen signifikanten Einfluss des Faktors Migration auf die Häufigkeit von Depression (Swinnen u. Selten 2007). Bedenkt man die jeweils divergierenden Prävalenzraten in den verschiedenen Kulturen, Ländern und Landstrichen, so bleibt ein Rückschluss auf eine andere als die jeweils untersuchte Region oder einen anderen gesellschaftlichen (strukturellen) Kontext auf jeden Fall problematisch.

Wittig et al. (2008) fanden in ihrer Leipziger Untersuchung, in der sie Menschen mit polnischem und vietnamesischem Migrationshintergrund untersuchten, eine im Vergleich zur deutschen Gruppe leicht erhöhte Depressionsrate. Die mit der HADS („Hospital Anxiety and Depression Scale“) erhobenen Ergebnisse wiesen dabei deutlichere Unterschiede für die jüngeren Altersgruppen (18–34 Jahre) nach. In psychiatrischen Institutsambulanzen mit einem speziellen Versorgungsangebot für Migranten ist die Depression eine der am häufigsten gestellten Diagnosen. In einer Auswertung von 250 türkisch-stämmigen Patienten einer universitären Institutsambulanz für Migranten wurde bei 65% aller Patienten die Diagnose einer affektiven Erkrankung vergeben und drei Viertel aller Frauen wegen depressiver Symptome behandelt (Assion et al. 2007). Die Situation stellt sich bei der stationären psychiatrischen Behandlung aber anders dar. Eine bei stationär-psychiatrischen Patienten mit Migrationshintergrund durchgeführt Studie fand keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von depressiven Erkrankungen im Vergleich zu den einheimischen deutschen Patienten. Der Anteil der depressiven Patienten

mit Migrationshintergrund betrug 22,2% und der deutschen Vergleichsgruppe 26,0% (Schouler-Ocak et al. 2008). Dabei weisen einige Untersuchungen darauf hin, dass Migranten bei der Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Versorgungsangeboten unterrepräsentiert sind (Assion 2005). Entgegen der nun naheliegenden Vermutung, dass die psychiatrische Versorgung durch die ambulante Behandlung außerhalb des nervenärztlichen Fachgebiets kompensiert wird, ermittelte eine Studie in Allgemeinarztpraxen in einem Stadtteil von Hamburg eine zu geringe Inanspruchnahme medizinischer Hilfe durch Migranten (Haasen 2000). Die wenigen Untersuchungen dazu lassen aber keine verallgemeinernde Aussage zu.

Ein wichtiger Aspekt mit Blick auf die Symptompräsentation depressiver Störungen sind die begleitenden psychosomatischen Beschwerden. Einer Reihe von Studien zur Folge äußern Menschen mit Migrationshintergrund häufiger als Einheimische solche Beschwerden (Weilandt u. Altenhofen 1997). Dabei sind Körperbeschwerden in vielen außereuropäischen Kulturen eine typische Ausdrucksform depressiver Verstimmung. Je nach Geschlecht, Bildungsstand, sozialem Status und den zugrunde liegenden Krankheitskonzepten werden somatisierte Beschwerden mehr oder weniger stark vorgetragen (Assion 2004).

Allgemeine Schlussfolgerungen sind aus Erhebungen im klinisch-psychiatrischen Setting dadurch limitiert, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund zuerst in anderen Hilfeeinrichtungen Unterstützung suchen und die erhobenen Daten somit nur ein eingeschränkt repräsentatives Bild ergeben. Wie heterogen die Situation ist, wobei die jeweilige ethnische Zugehörigkeit und die regionalen Besonderheiten beachtet werden müssen, zeigt die Untersuchung von Bhui et al. (2004). In ihrer Erhebung in allgemeinmedizinischen Praxen in London bei Patienten aus der indischen Region Punjab war die Rate an Depressionen in den Primärversorgungseinrichtungen höher als bei der englischen Vergleichsgruppe.

4.2 Depression und Migration aus der historischen Perspektive

Das euroamerikanische Konzept der Depression und das Vokabular, das zentrale Symptome, wie Schuld, Müdigkeit, Energielosigkeit oder depressive Stimmung beschreibt, ist das Produkt einer Jahrhunderte andauernden Entwicklung der westlichen Kultur (Tellenbach 1960; Jackson 1985; Jahdav 1996). Im Zeitalter der Globalisierung und der inner- und transkontinentalen Migrationsbewegungen werden wir mit klinischen Bildern von Depressionen konfrontiert, die unsere professionellen Wahrnehmungs- und Denkgewohnheiten zu einer Umorientierung zwingen.

Ganz neu ist die Feststellung, dass die Phänomenologie der Depression in außereuropäischen Kulturen von den traditionellen europäischen Beschreibungen in mancher Hinsicht abweicht, allerdings nicht. Bereits Emil Kraepelin

notierte nach seiner Javareise, bei der er Gelegenheit hatte, malaiische und chinesische Patienten zu untersuchen:

> *„… auch das Bild des manisch-depressiven Irreseins, obgleich unverkennbar vorhanden, bietet eine Reihe von klinisch wichtigen Abweichungen. Vor allem fehlen fast vollständig ausgeprägte Depressionszustände. Wenn überhaupt, pflegt die Depression nur in leichten Andeutungen und rasch vorübergehend aufzutreten; Versündigungsideen wurden niemals geäußert.“* (Kraepelin 1904)

In den Jahrzehnten nach Kraepelins Untersuchungen in Java entwickelten sich in der transkulturellen Psychiatrie zwei Forschungsansätze sowie zwei konkurrierende theoretische Vorannahmen (s. Abb. 18).

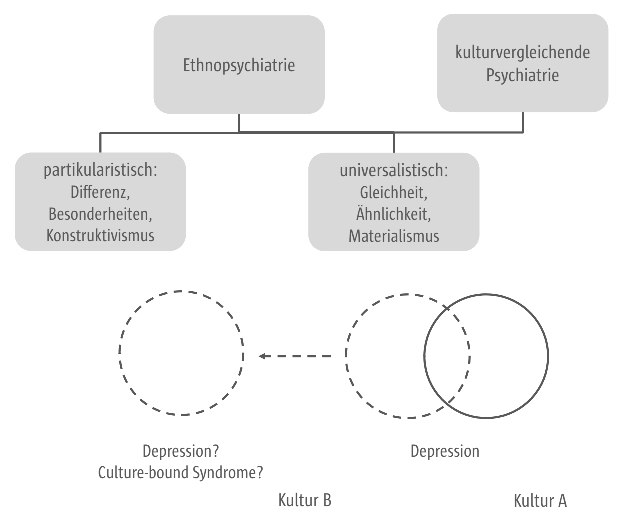


Abb. 18 Methodenwahl und Forschungsperspektiven in der transkulturellen Psychiatrie

Bis in die 1950er-Jahre dominierte in der Erforschung des Einflusses der Kultur auf die Phänomenologie und Psychopathologie der Depression der ethnopsychiatrische Ansatz. In diesen Arbeiten wurden bevorzugt die Ausdrucks- und Erscheinungsformen der Erkrankung in traditionellen Kulturen sowie die sozialen und therapeutischen Umgangsweisen mit den Patienten beschrieben. In den darauf folgenden Jahrzehnten entwickelte sich unter dem Einfluss der transkulturell-psychiatrischen Sektion der McGill Universität in Montreal (Murphy et al. 1967) ein genuin kulturvergleichender Ansatz, der das Ziel hatte, mit einheitlichen Methoden Kranke aus verschiedenen Ethnien zu untersuchen. Der vorläufige Höhepunkt der kulturvergleichenden Depressionsforschung war die Collaborative Study of Depressive Disorder der WHO (Jablensky et al. 1981) Aus der *kulturvergleichenden Psychiatrie* entwickelte sich die *Migrationspsychiatrie*, die implizit oder explizit psychische Erkrankungen von Migranten und mit denen der Bevölkerung des Gastlandes, mitunter aber auch mit der Population im Heimatland der Migranten, vergleicht.

Die kulturvergleichende Psychiatrie geht von einem universalistischen Krankheitsverständnis aus. Universalistische Ansätze zielen auf die Herausarbeitung gemeinsamer Muster und Eigenschaften ab. Neben Universalien, die auf der allen Menschen gemeinsamen, biologischen Ausstattung beruhen, können auch kulturelle Universalien beschrieben werden (Antweiler 2007). Die dem Universalismus verpflichteten Forscher halten daran fest, dass es ungeachtet aller kulturellen Unterschiede der Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen, des semantischen Materials, das zur Beschreibung psychischer Leidenszustände verwendet wird und der spezifischen Umgangsweise mit der Erkrankung möglich ist, einen kulturinvarianten Kern herauszuarbeiten, der als Referenzpunkt für fremdethnische Manifestationsformen der Depression dienen kann. Zu vermeiden gilt es allerdings, die in der klassischen europäischen Psychiatrie als typisch angesehenen Beschreibungen als selbstverständliches Referenzsystem für andere Kulturen und Ethnien heranzuziehen. Das häufig nicht explizit dargelegte Ziel des kulturvergleichenden Ansatzes ist es dagegen, mit statistischen oder hermeneutischen Methoden Idealtypen klinischer Bilder herauszuarbeiten, die Nähe und Distanz dieser Idealtypen zu kulturspezifischen Phänotypen psychischer Erkrankungen darzustellen und daraus eine validere Ausgangsbasis für epidemiologische Untersuchungen zu gewinnen.

Auch die frühen ethnopsychiatrischen Studien waren zunächst meist universalistisch orientiert. Bezugspunkt war hier allerdings nicht der direkte Vergleich mit anderen Kulturen oder Ethnien, sondern ein implizites, europäisch geprägtes Krankheitsverständnis.

Unter dem Einfluss der konstruktivistischen postmodernen Ethnologie (z.B. Geertz 1972) wurde schon in den 1970er-Jahren Kritik an der kulturvergleichenden Psychiatrie laut (Littlewood 1996). Von kulturanthropologisch orientierten Psychiatern wurde die Vergleichbarkeit der Manifestationsformen psychischer Erkrankungen aus Kulturen, die sich in ihren Menschen- und Weltbildern erheblich unterscheiden, prinzipiellen Zweifeln ausgesetzt. Zu unterschiedlich und daher nahezu unübersetzbar sei das semantische Material, in das psychische Leidenszustände eingebettet sind, zu wenig vergleichbar die kulturspezifischen Krankheitskonzepte. Unter diesen Rahmenbedingungen könne die Suche nach universell gültigen Aussagen nur zu einer Nivellierung der Unterschiede führen. Die Kritik am partikularistischen Ansatz blieb von Seiten der universalistisch orientierten Psychiatrie allerdings nicht aus. Ohne Referenzsystem sei es nicht möglich, überhaupt von einer bestimmten Erkrankung zu sprechen. Was partikularistisch orientierte Forscher als kulturspezifische depressive Erkrankung bezeichnen, könnte dem allgemein geteilten Depressionsverständnis so fern stehen, dass man eigentlich schon von einem Culture-Bound-Syndrom sprechen müsse. Darüber hinaus würden die konstruktivistisch orientierten Autoren auf Differenzen fokussieren, die sich aus kulturspezifischen Kognitionen ergeben. Das eher kulturunabhängige affektive Ausdrucksverhalten würde demgegenüber ausgeblendet werden. Kleinman

und Good (1985) stellten in einem Sammelband diese unterschiedlichen Positionen der transkulturellen Depressionsforschung einander gegenüber. Diese wissenschaftstheoretische Kontroverse löste sich zwar bis dato nicht in einer Synthese der unterschiedlichen Ansätze auf, zwang aber die kulturvergleichende Richtung zu einer größeren konzeptuellen Klarheit und zu einer behutsameren und ausgewogeneren Interpretation ihrer Forschungsergebnisse.

4.3 Die universalistisch orientierte ethnopsychiatrische Depressionsforschung

In einer zusammenfassenden Betrachtung des Einflusses von Kulturmustern auf die Phänomenologie der Depressionen gilt es, die primäre Symptomatik von sekundären Verarbeitungsprozessen zu trennen. Die primäre Veränderung bei affektiven Erkrankungen vollzieht sich nach Berner (1982) und Janzarik (1987) im Bereich der psychischen Dynamik. Betroffen seien vor allem die Affekte, die Stimmung, der Antrieb und das Leiberleben. Während Depressionen in Europa vorwiegend durch eine traurig-gedrückte Stimmung charakterisiert sind, die in schweren Fällen in ein Gefühl der Gefühllosigkeit übergehen kann (Tellenbach 1960), treten diese Affektqualitäten in Afrika oft hinter einer dysphorischen Stimmung zurück (German 1972; Pfeiffer 1994). Zwar lassen sich Beschreibungen von depressiven Verfassungen bis in die Pharaonenzeit zurückverfolgen, allerdings dominieren auch in Ägypten pseudoneurasthenische Bilder mit wenig ausgeprägtem depressivem Affekt (Okasha 2005). Die kulturellen Varianten der Präsentation affektiver Veränderungen in der Depression sind mannigfaltig. In manchen Ethnien, wie etwa bei den Kaluli auf Papua Neu Guinea, erfolgt der Ausdruck der Affekte expressiv und dramatisch. Im Gegensatz dazu findet bei den Balinesen und den Thai-Lao in der Depression eine Glättung von allen emotionalen Höhen und Tiefen statt (Kleinman u. Good 1985).

Vegetative Störungen, körperliche Missempfindungen, Störungen des Schlafes und des Appetits sowie Tagesschwankungen werden auch in der europäischen Psychiatrie von jeher als charakteristisch für Depressionen angesehen (Berner 1982; Leonhard 2003). Hierdurch erhalten Depressionen häufig den Charakter des Leibhaftigen, sodass Depressionen vor allem in außereuropäischen Kulturen durch die stärkere Fokussierung auf diese somatischen Beschwerden oft als körperliche Erkrankungen imponieren können (Kirmayer 2001). Pfeiffer beschreibt bei indonesischen Patienten vor allem allgemeine Missempfindungen wie Zittern, Steifigkeit und Brennen der Körperoberfläche (Pfeiffer 1994). Ganz zentriert auf die Wahrnehmung von Schwäche und körperliche Missempfindungen waren die von Kleinman (1982, 1986) beschriebenen chinesischen Patienten. Über psychische Beschwerden zu klagen wird mit einer Kritik am familiären Umfeld gleichgesetzt, weshalb ein solches Verhalten in der Konfuzianischen Tradition äußerst stigmatisierend wäre. Darüber hinaus erlauben allerdings die Erschöpfungszustände und die körperlichen

Beschwerden im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes eine gewisse Kontrolle über die psychosozialen Lebensumstände, ein Muster, das sich auch häufig bei türkischen Migranten findet. In anderen Untersuchungen in nicht westlichen Ländern wie Afghanistan (Waziri 1973), Hong Kong (Cheung et al. 1980–81), Irak (Bazzoui 1970), Indien (Sethi u. Gupta 1970; Teja et al. 1971; Rao 1973), Iran (Good u. Moradi 1985), Japan (Ohara 1973; Shinfuku et al. 1973) und Saudi-Arabien (Racy 1980) stehen ebenfalls somatische Beschwerden im Vergleich mit psychischen Symptomen im Vordergrund.

Deutliche Unterschiede zwischen westlichen und traditionellen Kulturen zeigen sich vor allem in den sekundären Verarbeitungsprozessen der primären depressiven Symptomatik. Die Reflexion über die körperlichen Beschwerden führt häufig zu einer hypochondrischen Verarbeitung (Janzarik 1956a). Abhängig vom kulturell gebräuchlichen Medizinsystem wird auf vertraute Krankheitsbilder zurückgegriffen. Glauben depressive Patienten, die in engem Kontakt mit dem westlichen medizinischen System sozialisiert wurden, dass der erlebte Energieverlust auf einen Tumor zurückzuführen ist, so machen Patienten aus nicht-europäischen Kulturen zur Erklärung derselben Beschwerden Gebrauch von lokal vertrauten Krankheitsbildern wie Susto (Schrecken, Seelenverlust) in Lateinamerika, Dhat (Spermaverlust) in Indien oder Koro im chinesischen Raum (Pfeiffer 1994). Voraussetzung für Verarmungsideen ist, dass der Kranke eine Beziehung zu persönlichem Besitz gefunden hat. Entsprechend dem Leitbild einer dem „Realen zugewandten Tüchtigkeit" (Janzarik 1956b) findet sich Verarmungswahn nicht nur in Europa, sondern auch in indischen oder iranischen Kaufmannschichten. Kontrovers diskutiert wird die Frage des Vorkommens von depressivem Schulderleben in traditionellen Kulturen (Stompe et al. 2001). In weiten Teilen Afrikas scheinen Schuldgefühle zu fehlen (Carothers 1953). Die Beobachtungen von Field (1960) in den Heiligenschreinen der Ashanti belegen allerdings, dass auch in tribalen Ethnien Versündigungserlebnisse durchaus bekannt sind. Allerdings hat das Schulderleben hier sekundären Charakter und ist ein vom sozialen Umfeld an den Kranken herangetragenes Erklärungsmuster für die Ursache des Leidenszustandes. Zwar finden sich depressive Schuldgefühle am häufigsten in Jüdisch-Christlichen Kulturen, sind aber auch in Ägypten (El-Islam 1969), Japan (Kimura 1965) und in Indien (Hoch 1961) verbreitet. Wo Krankheiten und andere negativen Lebensereignisse auf magische Einwirkung zurückgeführt werden, finden sich bei depressiv Erkrankten häufig persekutorische Ideen (Odejide 1989; Pfeiffer 1994).

4.4 Die partikularistisch orientierte ethnopsychiatrische Depressionsforschung

Diese Richtung der transkulturellen Depressionsforschung gründet sich auf ethnolinguistische Theorien sowie auf postmoderne, konstruktivistische Strömungen der Kulturanthropologie. Lutz (1985) etwa kritisiert, dass ethno-

zentristische basale Kategorien der westlichen psychologischen Theorienbildung wie die Dichotomien Emotionen/Kognitionen, subjektiv/objektiv, Körper/Geist in gleicher Weise auf Kranke aus traditionellen Kulturen angewendet werden. Das westliche Konzept der Depression unterscheide sich fundamental von nicht-westlichen Formulierungen normalen und abnormalen Verhaltens. In einer ethnographischen Untersuchung bei den polynesischen Ifaluk sind Emotionen konzeptionell nicht von Kognitionen getrennt. Depressionen werden nicht in Opposition zu Glück gestellt. In eine ähnliche Richtung verweisen die Forschungen von Schieffelin (1985) bei den Kaluli in Papua-Neuguinea. In der Interpretation der Ergebnisse seiner Feldforschungen folgt Schieffelin dem Konzept des „Ethos“ von Bateson (1958) – dem Stil einer Kultur, Emotionen zu bearbeiten oder auszudrücken. Schieffelin argumentiert, dass affektive Erkrankungen zwangsläufig ein soziales Phänomen sein müssen, da menschliche Affekte im sozialen Feld konstituiert werden. Dass generalisierte Hoffnungslosigkeit gesellschaftlich auch positiv konnotiert sein kann, zeigt Obeyeskere (1985) am Beispiel der fundamentalen Buddhistischen Einsicht über den ephemeren Charakter der Alltagswelt. Im Gegensatz zur gegenwärtigen westlichen Welt, in der Affekte frei flottieren und nicht in einer von allen geteilten sozialen Welt verankert sind, werden in Buddhistischen Gesellschaften private depressive Affekte in Form eines öffentlichen gemeinsamen Idioms artikuliert. Dadurch erfolgt, wie im mittelalterlichen europäischen Konzept der Acedia, eine Transformation von Affekten in Symbole und Bedeutungen. In dieser Bewegung von der privaten Welt über soziale Wertehaltungen zu öffentlichen Symbolen können negative Gefühle bewältigt werden.

Die noch immer nicht zur Gänze aufgearbeiteten Ergebnisse der partikularistischen Richtung der ethnopsychiatrischen Depressionsforschung stellen für die Entwicklung einer neuen transkulturellen Psychiatrie mit einem tieferen Verständnis für deren komplexe Interdependenzen von Kultur, Gesellschaft, dem Einzelnen und den normalen und abnormalen psychischen Phänomenen eine Herausforderung, aber auch eine Chance dar.

4.5 Die kulturvergleichende Depressionsforschung

Die erste große internationale, in dreißig Ländern durchgeführte, kulturvergleichende Untersuchung zur depressiven Symptomantik wurde von der transkulturellen Sektion der McGill Universität organisiert (Murphy et al. 1967). Durch eine Befragung von Psychiatern fanden die Autoren in 21 Ländern die klassischen Zeichen der Depression wie depressive Stimmung, Interesseverlust, Schlafstörungen und Tagesschwankungen. In den anderen neun Ländern, die den nicht-westlichen Kulturen angehören, zeigten sich diese Symptome deutlich seltener. Stattdessen standen somatische Störungen wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme und Libidoverlust im Vordergrund.

Ein Vergleich von englischen und nigerianischen Patienten mit Depressionen ergab, dass in beiden Gruppen gleich häufig über eine depressive Stimmungslage berichtet wurde; Schuldgefühle, Angst und Suizidgedanken fanden sich häufiger im englischen, Somatisierung und Antriebshemmung im nigerianischen Sample (Binitie 1975).

Die bereits erwähnte Studie in vier Ländern (Collaborative Study of Depressive Disorder der WHO: Schweiz, Kanada, Iran, Japan) ergab sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede (Jablensky et al. 1981). Traurigkeit, Freudlosigkeit, Angst, Energielosigkeit, Interesselosigkeit, Konzentrationsstörungen und Insuffizienzgefühle fanden sich bei drei Viertel aller Patienten. Weniger als ein Viertel der Befragten berichtete über Schuld-, Verarmungs- und hypochondrische Wahnideen, Symptome, die vor allem in der Heidelberger Schule als typisch für schwere Depressionen angesehen wurden (Schneider 1950; Janzarik 1956a, 1956b, 1957). Psychomotorische Unruhe war häufiger in Teheran, Selbstanklagen dagegen häufiger in Europa anzutreffen.

Bestätigt wurden diese Ergebnisse in einer neueren Untersuchung von österreichischen und pakistanischen Patienten mit Major Depression (Stompe et al. 2001). Schuldgefühle, Suizidideen und Antriebshemmung fanden sich häufiger bei den Österreichern, Angst, Unruhe und somatische Symptome häufiger bei den Pakistanis. In einer Vergleichsuntersuchung von türkischen und deutschen Patienten mit Depressionen zeigte sich, dass somatische Symptome trotz der Häufigkeitsunterschiede auch kulturübergreifend ein zentraler Bestandteil der depressiven Symptomatik sind (Ebert u. Martus 1994), ein Befund der sich in weiteren kulturvergleichenden Untersuchungen bestätigte (Simon et al. 1999).

4.6 Somatisierung und Migration

Das somatische Syndrom findet bei depressiven Störungen seinen Ausdruck in den vielfältigen Klagen über somatische Symptome, die von Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen über Muskelschmerzen oder abdominale Beschwerden reichen. Allgemeine Klagen über körperliche Schwäche, Erschöpfungsgefühle, Beklemmung und Herzrasen gehören gleichermaßen zu dem Symptomspektrum. Folgt man den Ergebnissen einer Erhebung über Patienten mit der Diagnose einer Depression, so suchen die meisten von ihnen, nämlich nahezu 70%, zuvor einen Hausarzt wegen körperlicher Beschwerden auf (Simon 1999).

Wie bereits erwähnt, ist das somatische Syndrom kulturübergreifend und weltweit ein zentraler Bestandteil depressiver Symptomatik, gleichermaßen auch in den Gesellschaften westlicher Industrieländer. In Gesellschaften und Ethnien, in denen externale Körperkonzepte tradiert, also Teil eines kollektiven Krankheitsverständnisses sind und zum Erklärungsmodell pathologischer

Prozesse gehören, finden sich körperbezogene Ausdrucksformen von Stimmungs- und Verstimmungszuständen häufiger.

In einer Erhebung, die von v. Ferber (2003) bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (n = 253) im Vergleich zur autochthonen, deutschen Bevölkerung (n = 637) durchführte, wurde nach den Gründen für das Aufsuchen eines Hausarztes im Hinblick auf die subjektive Schmerzwahrnehmung gefragt. Das Ergebnis war nicht weiter überraschend und entsprach bekannten Sachverhalten. Signifikant häufiger war die Schmerzangabe in der Gruppe der türkisch-stämmigen Patienten. In dieser Gruppe war – wie zu erwarten – die Klage über Beschwerden des Atmungssystems am häufigsten. Externale Körperkonzepte gehen bekanntlich davon aus, dass Krankheit „von außen" kommt, also außerhalb des Körpers durch die Umwelt vermittelt wird. Es liegt daher nahe, dass die Lungen als Eintrittspforten verstanden werden und folglich Krankheitserreger über die Atmung in den Körper eindringen können. Entsprechend dieser Krankheitsvorstellung leitet sich z.B. der Begriff „Malaria" ab, was soviel wie „schlechte Luft" (mala aria) bedeutet.

In einer Übersichtsarbeit unter dem Titel „Depression in the Planet's Largest Ethnic Group: The Chinese" kommen Parker et al. zu dem Schluss, dass in der ethnischen Gruppe der Chinesen depressive Symptome nur unzureichend wahrgenommen bzw. tendenziell verleugnet werden. Die Symptompräsentation der Depression erfolgt auch bei Chinesen typischerweise stark auf körperlicher Ebene. Durch die Öffnung des Landes, auch im Zuge der Globalisierung, ist seit Mitte der 1980er ein Wandel im Sinne der Annäherung an die Symptomdarstellung und Klassifikation westlicher Länder zu erkennen (Parker 2001).

4.7 Suizidalität und Migration

Die bisher publizierten Ergebnisse zur Suizidalität von Migranten sind widersprüchlich und es gibt Hinweise darauf, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund die Rate an Suizidversuchen im Zusammenhang mit Depression erhöht ist. Vorab sollte aber festgestellt werden, dass eine Aussage über die Gesamtgruppe der Migranten zu generell ist. Eine Differenzierung bezüglich unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit ist erforderlich, um zu reproduzierbaren Ergebnissen zu kommen.

Aus den Niederlanden wurde berichtet, dass die Suizidrate unter Kindern von Migranten bis zu fünfmal höher ist, als bei den einheimischen Kindern (De Jong 1994). Insbesondere besteht ein erhöhtes Suizidrisiko in der zweiten Generation der Menschen mit Migrationshintergrund (Hjern u. Allebeck 2002). Im Gegensatz dazu werden geringere Suizidraten von Migranten türkischer oder marokkanischer Abstammung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung berichtet. Die Suizidraten bei Menschen mit surinamischem Migrationshintergrund liegen wiederum deutlich höher (Garssen et al. 2006).

Auch in Deutschland sind die Suizidraten bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung niedriger (RKI 2008). Das gilt aber nicht für bestimmte Risikogruppen wie z.B. pubertierende Mädchen oder junge Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, die eine im Vergleich zu den gleichaltrigen einheimischen Frauen zweifach höhere Suizidrate aufweisen (relatives Risiko von 1,8) (Razum u. Zeeb 2004). In einer Studie mit 7308 Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum darunter 451 Patienten mit einem Migrationshintergrund wurden retrospektiv Risikofaktoren für Suizidalität analysiert. Ethnizität und Alkoholmissbrauch waren statistisch signifikant mit Suizidalität korreliert. Bemerkenswert war das unterschiedliche Risiko für Suizidalität in Abhängigkeit von der ethnischen Gruppe; Patienten mit türkischem Migrationshintergrund hatten eine geringere Suizidrate als die deutsche Vergleichsgruppe, während die Suizidrate bei polnischen und arabischen Migranten statistisch signifikant höher war.

Bisher ist die Datenlage in Bezug auf Suizidalität von Migranten begrenzt und es besteht weiterer Forschungsbedarf. Eine Differenzierung mit Blick auf die jeweilige ethnische Zugehörigkeit und die kulturellen Einflussfaktoren ist in den Untersuchungen zu fordern. Verallgemeinernden Aussagen über die Gesamtgruppe der Migranten führen bei variablem Risikoprofil in verschiedenen Ethnien nur zu begrenzt aussagekräftigen Ergebnissen.

Literatur

Antweiler C (2007) Was ist den Menschen gemeinsam? Über Kultur und Kulturen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt

Assion HJ (2004) Behandlungsprobleme bei psychisch kranken Migranten. In: Rössler W, Lauber C Psychiatrische Rehabilitation. Springer Heidelberg

Assion HJ (2005) Migration und psychische Krankheit. In: Assion HJ (Hrsg.) Migration und seelische Gesundheit. 133–144. Springer Berlin Heidelberg New York

Assion HJ, Bingöl H, Özguerdal S, Basilowski M (2007) Patienten türkischer Herkunft in der psychiatrischen Institutsambulanz. MMW 149 (2), 57–58

Bateson G (1958) Naven. University Press Stanford

Bazzoui W (1970) Affective disorders in Iraq. Br J Psychiatry 117,195–203

Berner P (1982) Psychiatrische Systematik. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Huber Bern Stuttgart Wien

Bhui K, Bhugra D, Goldberg D, Sauer J, Tylee A (2004) Assessing the prevalence of depression in Punjabi and English primary care attenders: the role of culture, physical illness and somatic symptoms. Transcult Psychiatry 41(3), 307–22

Binitie A (1975) A factor-analytical study of depression across cultures (African and European). Br J Psychiatry 127,559–663

Carothers JC (1953) The African Mind in Health and Disease. A Study of Ethnopsychiatry. World Health Organization Geneva

Cheung FM, Lau BW, Waldmann E (1980–1981) Somatization among Chinese depressives in general practice. Int J Psychiatry Med 10, 361–374

De Jong J (1994) Ambulatory mental health care for migrants in the Netherlands. Curare 17, 5–34

Ebert D, Martus P (1994) Somatization as a core symptom of melancholic type depression. Evidence from a cross-cultural study. J Affect Disord 32, 253–256

El-Islam MF (1969) Depression and guilt: a study at an Arab psychiatric clinic. Soc Psychiat 4, 56–58

Ferber L, Köster I, Celayir-Erdogan N (2003) Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. Gesundheitswesen 65, 304–311

Field MJ (1960) Search for security – an ethnopsychiatric study of rural Ghana. North-Western University Press Evanston

Garssen MJ, Hoogenbroezem J, Kerkhof AJ (2006) Suicide among migrant populations and native Dutch in The Netherlands. Article in Dutch. Ned Tijdschr Geneeskd 50, 2143–9

Geertz CJ (1972) The interpretation of culture. Basic Books New York

German A (1972) Aspects of clinical psychiatry in Sub-Saharan Africa. Br J Psychiatry 121, 461–470

Good B, Moradi R (1985) The interpretation of Iranian depressive illness. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) Culture and Depression. 369–428. University of California Press Berkeley Los Angeles

Haasen C, Boyali A, Yagdiran O, Krausz M (2000) Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten in einer Allgemeinpraxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 76, 512–516

Hjern A, Allebeck P (2002) Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol 37, 423–9

Hoch EM (1961) Contents of depressive ideas in Indian patients. Ind J Psychiatry 3, 28–36

Inaba A, Thoits PA, Ueno K, Gove WR, Evenson RJ, Sloan M (2005) Depression in the United States and Japan: gender, marital status, and SES patterns. Soc Sci Med 61(11), 2280–92

Jablensky A, Sartorius N, Gulbinat W, Ernberg G (1981) Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. Acta psychiat scand 63, 367–383

Jackson SW (1985) Acedia the sin and its relationship to sorrow and melancholia. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) Culture and Depression. 43–62. University of California Press Berkeley Los Angeles

Jadhav S (1996) The cultural origins of western depression. Int J Soc Psychiatry 42, 269–286

Janzarik W (1956a) Die hypochondrischen Inhalte der cyclothymen Depression in ihrer Beziehung zum Krankheitstyp und zur Persönlichkeit. Arch Psychiat Nervenkr 195, 351–372

Janzarik W (1956b) Der lebensgeschichtliche und persönlichkeitseigene Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahnes. Arch Psychiat Nervenkr 195, 219–234

Janzarik W (1957) Der zyklothyme Schuldwahn und das individuelle Wertgefüge. Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiat 80, 173–208

Janzarik W (1987) Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke Stuttgart

Kimura B (1965) Vergleichende Untersuchungen über depressive Erkrankungen in Japan und in Deutschland. Fortschr Neurol Psychiat 33, 202–215

Kirmayer LJ (2001) Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry 62 Suppl 13, 22–28

Kleinman A (1982) Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. Cult Med Psychiatry 6, 117–190

Kleinman A (1986) Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia and pain in modern China. Yale University Press New haven CT

Kleinman A, Good B (1985) Introduction: Culture and Depression. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) Culture and Depression. 1–33. University of California Press Berkeley Los Angeles

Kraepelin E (1904) Vergleichende Psychiatrie. Zentralbl Nervenheilk Psychiatr 27, 433–437

Lecrubier Y (2001) Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. J Clin Psychiatry 62 Suppl 13, 31–6

Lecrubier Y (2007) Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. J Clin Psychiatry 68 Suppl 2, 36–41

Leonhard K (2003) Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. 8. Auflage. Thieme Stuttgart New York

Lepine JP (2001) Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. J Clin Psychiatry 62 Suppl 13, 4–10

Levecque K, Lodewyckx I, Vranken J (2007) Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. J Affect Disord 97(1–3), 229–39

Littlewood R (1996) Psychiatry's culture. Int J Soc Psychiatry 42, 245–268

Lutz C (1985) Depression and the translation of emotional worlds. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) Culture and Depression. 63–100. University of California Press Berkeley Los Angeles

Murphy HB, Wittkower ED, Chance NA (1967) Crosscultural inquiry into the symptomatology of depression: a preliminary report. Int J Psychiatry 3(1), 6–15

Obeyeskere G (1985) Depression, Buddhism, and the work of culture in Sri Lanke. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) Culture and Depression. 134–152. University of California Press Berkeley Los Angeles

Odejide AO, Oyewunmi LK, Ohaeri JU (1989) Psychiatry in Africa: an overview. Am J Psychiatry 146, 708–716

Ohara K (1973) The socio-cultural approach for manic-depressive psychosis. Psychiat Neurol Japonica 75, 263–273

Okasha A (2005) Mental health in Egypt. Isr J Psychiatry Relat Sci 42,116–125

Parker G, Gladstone G, Chee KT (2001) Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. Am J Psychiatry 158, 857–864

Pfeiffer WM (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Thieme Stuttgart New York

Racy J (1980) Somatization in Saudi Women: a therapeutic challenge. Br J Psychiatry 137, 212–216

Rao A (1973) Depression: A psychiatric analysis of thirty cases. Ind J Psychiatry 15, 231–236

Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. Nervenarzt 75(1), 1092–1098

Robert Koch Institut (2008) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. 95–105. Robert Koch Institut (Hrsg.) Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut Berlin

Schieffelin EL (1985) The cultural analysis of depressive affect: an example from New Guinea. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) Culture and Depression. 101–133. University of California Press Berkeley Los Angeles

Schneider K (1950) Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. Nervenarzt 21, 193–194

Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Ozek M, Hauth I, Heinz A (2008) Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. Eur Psychiatry 23 Suppl 1, 21–7

Sethi B, Gupta S (1970) An epidemiological and cultural study of depression. Ind J Psychiatry 12, 13–22

Shinfuku N, Karasawa A, Yamada O, Tuasaki S, Kanai A, Kawashima K (1973) Changing clinical pictures of depression. Psychol Med 15, 955–965

Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J (1999) An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 341, 1329–1335

Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Chaudhry HR, Friedmann A, Wenzel T, Schanda H (2001) Guilt and depression: a cross-cultural comparative study. Psychopathology 34, 289–298

Swinnen SG, Selten JP (2007) Mood disorders and migration: meta-analysis. Br J Psychiatry 190, 6–10

Teja JS, Narang RL, Aggarwal AK (1971) Depression across cultures. Br J Psychiatry 119(550), 253–60

Tellenbach H (1960) Melancholie. Springer Berlin Heidelberg New York Tokyo

Tinghog P, Hemmingsson T, Lundberg I (2007) To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42(12), 990–6

Waziri R (1973) Symptomatology of depressive illness in Afghanistan. Am J Psychiatry 130, 213–217

Weilandt C, Altenhofen L (1997) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten. In: Weber I (Hrsg.) Gesundheit sozialer Randgruppen. 76–99. Enke Verlag Stuttgart

Williams DR, Gonzalez HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, Jackson JS (2007) Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. Arch Gen Psychiatry 64(3), 305–15

Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 15, 357–376

Wittig U, Lindert J, Merbach M, Brähler E (2008) Mental health of patients from different cultures in Germany. European Psychiatry 23, 28–35

World Health Organization (1983) Depressive Disorders in Different Cultures. World Health Organization Geneva
World Health Organization (2007) Depression. URL: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index1.html (abgerufen am 22.07.2014)

5 Kultur, Religion und Suizid

Kristina M. Ritter

Suizid ist ein in allen menschlichen Gesellschaften auftretendes Phänomen und zählt weltweit zu den drei häufigsten Todesursachen. Am stärksten betroffen sind in den meisten Kulturen primär ältere Menschen sowie Personen zwischen 15 und 34 Jahren. Zur Erklärung dieses Verhaltens, das auf dem ersten Blick ganz offensichtlich allen evolutionsbiologischen und -psychologischen Regeln zuwiderläuft, wurden zahlreiche biologische, psychologische, psychiatrische und soziologische Theorien aufgestellt. Am häufigsten wird ein Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und Veränderungen der serotonergen Neurotransmission herausgestrichen (van Heeringen 2003; Courtet et al. 2005; Audenaert et al. 2006; Rujescu u. Giegling 2010). Dabei weisen die meisten Untersuchungen auf einen Zusammenhang zwischen einem präsynaptischen serotonergen Defizit im präfrontalen Cortex (PFC) und einer Disposition für Impulsivität und Aggressivität hin (Mann 1998; Brunner u. Bronisch 1999). Es finden sich Hinweise auf eine Dysregulation des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems (HPA-System) bei Personen nach Suizidversuch und Suizidenten hin. Dabei ist einer der konsistentesten Befunde die Non-Suppression von Cortisol im Dexamethason-Suppressionstest (Lester 1995). López et al. (1992) fanden eine Erhöhung von Pro-Opio-Melanocortin-mRNA (POMC-mRNA) im Hypophysenvorderlappen von Suizidanten. POMC ist ein biosynthetischer Vorläufer von Adreno-corticotropem Hormon (ACTH) und ß-Endorphin. Die Aktivierung von Rezeptoren für Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) induziert die Transkription des POMC-Gens. Diese Befunde sind konsistent mit der Hypothese einer chronischen Hyperaktivität des HPA-Systems bei suizidalen Patienten.

Es mehren sich Hinweise, dass genetische Risikofaktoren für suizidales Verhalten existieren (Bondy et al. 2006; Mann et al. 2009; Tsai et al. 2010). Dies ergibt sich sowohl aus Familien- und Zwillingsuntersuchungen (Voracek u.

Loibl 2007; Brent et al. 2008; Pedersen u. Fiske 2010), als auch aus molekulargenetischen Studien (Souery et al. 2003; Arango et al. 2003) und aus dem Vergleich der Suizidraten von Migrantenpopulationen mit den Bevölkerungen des Auswanderungs- und des Aufnahmelandes (Voracek u. Loibl 2008).

Von den psychologischen bzw. psychoanalytischen Erklärungsmodellen sind die Aggressionstheorie von Freud und Menninger, sowie die Arbeiten von Ringel zur suizidalen Entwicklung des Individuums am bekanntesten geworden. Zu den neueren psychoanalytischen Erklärungsmodellen gehören die Arbeiten von Henseler (2000), der Suizid als das Resultat narzisstischer Krisen beschreibt. Allen diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie sich auf Gesellschaften der westlich-abendländischen Kultur beziehen weshalb die Reichweite der Aussagen begrenzt ist.

Ende des 19. Jahrhunderts begannen sich die Sozialwissenschaften mit den gesellschaftlichen Ursachen des Suizids auseinanderzusetzen Einer Vorreiter war der bedeutenden Soziologe, Ethnologe und Religionswissenschaftler Emil Durkheim. Basierend auf seiner bekannten Suizidtypologie (egoistischer, altruistischer, anomischer und fatalistischer Selbstmord) entstanden in den darauffolgenden Jahrzehnten weitere bedeutsame soziologische Erklärungsmodelle. Gibbs und Martin (1964) sahen einen Zusammenhang zwischen niedriger Statusintegration und erhöhter Suizidneigung. Maurice Halbwachs (1930) interpretierte die ansteigenden Suizidraten als Folgeerscheinung der Veränderung der traditionellen Lebensweisen in einer zunehmend komplexeren, urbanen Industriegesellschaft. 2001 stellte der Soziologe Feldmann eine weitere Typologie des Suizids auf (normativer, instrumenteller, rationaler und expressiver Suizid), die sich auf Durkheim stützt.

Neben biologischen, psychologischen und soziologischen Faktoren spielen psychische Erkrankungen eine ganz entscheidende Rolle. Eine Metaanalyse von 27 psychologischen Autopsiestudien ergab dabei folgende Rangordnung (s. Tab. 8).

Tab. 8 Suizid und psychische Erkrankungen (%). Metaanalyse von psychologischen Autopsiestudien, verglichen mit Kontrollgruppen (nach Arsenault-Lapierre et al. 2004)

diagnostische Kategorie	Odds Ratio	95% CI
depressive Erkrankungen	6,2	5,4–8,1
bipolare Erkrankungen	3,0	1,5–9,9
Substanzmissbrauch	3,5	3,1–4,5
Psychosen	6,6	3,9–11,9
Persönlichkeitsstörungen	4,5	3,5–6,4
Angststörungen	2,4	1,7–3,6
Anpassungsstörungen	1,3	0,7–2,4
irgendeine psychische Erkrankung	10,5	9,6–13,4

Am häufigsten fanden sich im Vorfeld von Suiziden psychotische und affektive Erkrankungen, gefolgt Persönlichkeitsstörungen. Aber auch Patienten mit Substanzmissbrauch und bipolare Erkrankungen haben im Vergleich zur gesunden Bevölkerung ein deutliches höheres Risiko, durch Selbsttötung aus dem Leben zu scheiden. Zahlreiche anders methodisch ausgerichtete Studien bestätigen dieses Ergebnis. Vor allem Depressionen, Angststörungen, psychotische Erkrankungen und Borderline- oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen sind häufig von suizidalen Verhaltensweisen begleitet (Cheng 1995, 1997; Arsenault-Lapierre et al. 2004; Hawgood u. De Leo 2008; Krysinska u. Lester 2010; Hor u. Taylor 2010).

Alle bisher besprochenen Erklärungsansätze können allerdings die deutlich voneinander abweichenden nationalen Suizidraten nicht erklären. Der vorliegende Betrag untersucht daher die Zusammenhänge zwischen Suizid, Kultur und Religion. Er umfasst folgende Themenbereiche:

1. Suizidraten in Nationalstaaten und indigenen Gesellschaften
2. Biologische und soziokulturelle Erklärungsmodelle der nationalen Suizidraten
3. Kulturspezifische suizidale Verhaltensweisen
4. Religion und Suizid
5. Soziokultureller Umgang mit Suizid

Darüber hinaus werden eigene Berechnungen von aggregierten Daten über den Einfluss soziodemographischer und konfessioneller Faktoren auf die Höhe der nationalen Suizidraten vorgestellt.

5.1 Suizidraten in Nationalstaaten und in indigenen Gesellschaften

Die Daten der World Health Organisation weisen seit langem darauf hin, dass die nationalen Suizidraten weltweit stark voneinander abweichen (s. Abb. 19).



Abb. 19 Nationale Suizidraten

Tab. 9 Historische Entwicklung nationaler Suizidraten (nach Lester 2008a)

Land	1901	1950	1990
Australien	11,9	9,3	12,9
Belgien	12,9	12,9	19,0
England	9,6	10,2	7,8
Finnland	6,1	15,6	30,3
Deutschland	20,8	18,8	17,5
Italien	6,2	6,5	7,6
Niederlande	5,8	5,5	9,7
Neuseeland	10,2	9,2	13,5
Norwegen	5,5	7,4	15,5
Portugal	4,3	10,1	8,8
Spanien	2,0	5,4	7,5
Schweden	13,1	14,9	17,2
Schweiz	22,4	23,5	21,9
USA	10,4	11,4	12,4

So zeigt sich beispielsweise im Jahr 2000 eine Suizidrate von 80,4 pro 100.000 Einwohner bei Männern in Litauen im Vergleich zu 0,1 bei Männern in Ägypten bzw. für Frauen in Litauen 16,9 pro 100.000 Einwohner im Vergleich zu 0,0 für Frauen in Ägypten. Einschränkend muss allerdings festgestellt werden, dass aufgrund der fehlenden Suizidstatistiken einiger Länder aus Afrika, Asien und Lateinamerika kann die WHO (World Health Organization) nur begrenzt über weltweite Tendenzen von Suizidalität Aussagen treffen. Mit der Ausnahme von China haben Männer eine höhere Suizidrate als Frauen (Ji et al. 2001; Yip et al. 2005; Canetto 2008).

Während die nationalen Suizidraten teilweise erheblich voneinander abweichen, erweisen sich die Selbsttötungsraten in einzelnen Ländern häufig als relativ stabil (s. Tab. 9).

Lester (2008a) fand allerdings alle Varianten: während sich die Suizidraten in Australien, England, Deutschland, Italien, Portugal, Schweiz und den USA zwischen 1901 und 1990 relativ stabil waren, stiegen sie im selben Zeitraum in Belgien, Finnland, Neuseeland, den Niederlanden, Norwegen und Schweden deutlich an. Die nationalen Unterschiede waren jedoch deutlich größer als die Schwankungen über die Zeitachse.

Nur in einigen wenigen Gesellschaften, meist eher in isoliert lebenden Gruppen, war Suizid unbekannt. So etwa bei den Zunis im Süden der USA, der indigenen Bevölkerung der Andamanen und bei einigen australischen Stämmen (Pfeiffer 1994). Neuere Studien (s. Abb. 20) weisen allerdings darauf hin, dass



Abb. 20 Suizidraten in Stammesgesellschaften (n/100.000)

sich auch in verschiedensten Stammesgesellschaften eine Suizidrate von zwischen 2 bis 8 Personen/100.000 Einwohner nachweisen lässt (Ogden et al. 1970; Conrad et al. 1974; Lester 2007; Mullany et al. 2009).

Diese Raten finden sich bei durchaus kulturell unterschiedlichen Ethnien aller Kontinente, sowohl bei Jäger und Sammlern als auch in Ackerbaugesellschaften.

Der Median der Suizidraten von 99 Staaten, von denen diese Daten vorliegen, beträgt dazu im Vergleich 9,7/100.000 Einwohner und liegt damit nur unwesentlich höher als die Suizidrate der indigenen Populationen.

5.2 Biologische und soziokulturelle Erklärungsmodelle der nationalen Suizidraten

Nach Lester (2004) existiert ein negativer Zusammenhang zwischen Blutgruppe 0 und den nationalen Suizidraten. Dieses Ergebnis konnte von uns durch aktuelle Berechnung anhand der Daten aus 41 Ländern bestätigt werden (s. Abb. 21).

Ebenso findet sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Serotonintransportergen-Polymorphismen und den nationalen Suizidraten von Männern (Spearman-Rho = ,604**), bei Frauen findet seich hingegen keine Assoziation zwischen 5-HTTPLR %L und Suizidraten (s. Abb. 22).

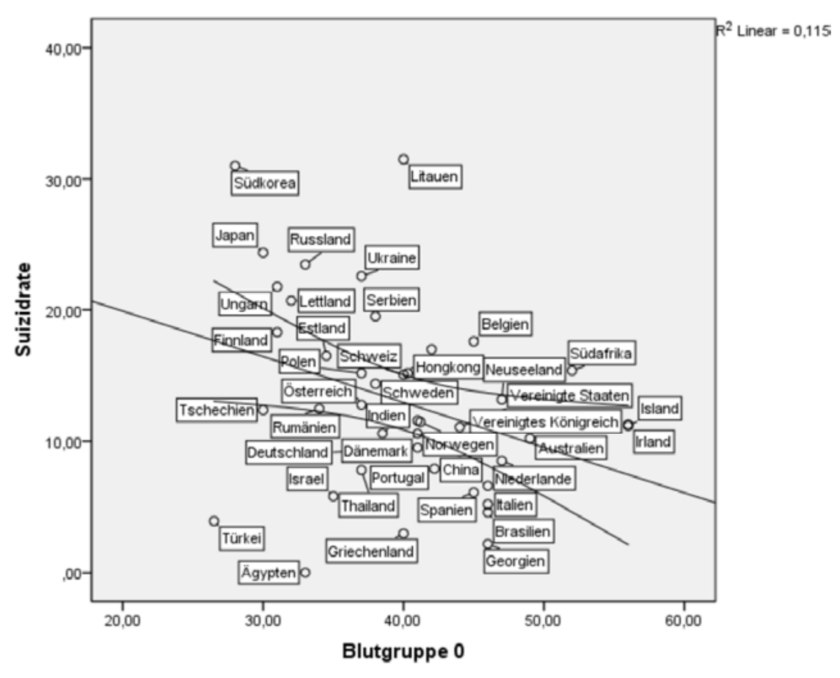


Abb. 21 Nationale Suizidraten und der prozentuelle Anteil an Blutgruppe 0

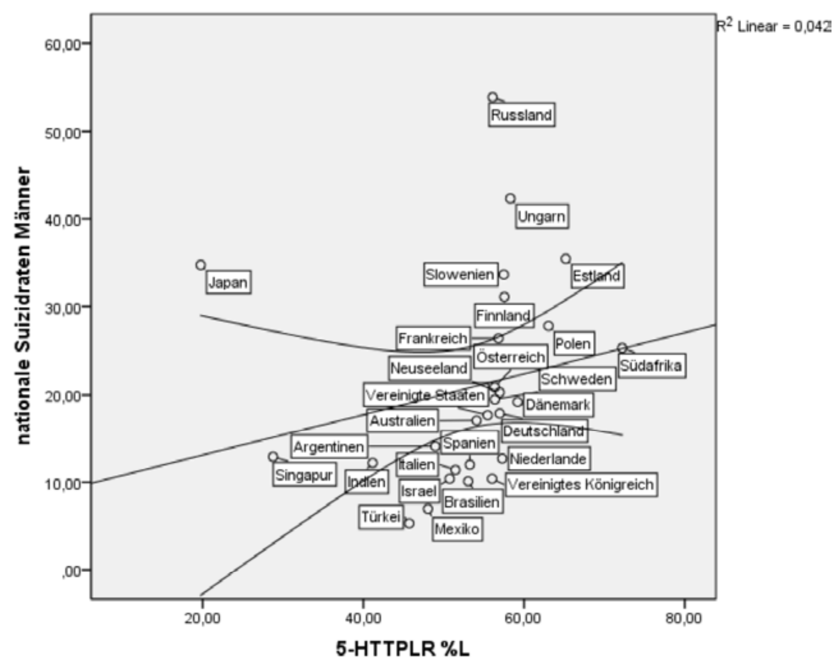


Abb. 22 Nationale Suizidraten und der prozentuelle Anteil an dem Serotonintransportergen-Polymorphismus 5-HTTPLR % L (Daten zur Häufigkeit des Serotonintransportergen-Polymorphismus aus Chiao u. Blizinsky 2010)

Andere Hinweise auf eine populationsgenetische Grundlage sind Untersuchungen an Migrantenpopulationen: Finnisch-ugrische Populationen wie Finnen, Litauer oder Ungarn weisen hohe Suizidraten auf. Migranten aus diesen Ländern zeigten noch nach zwei Generationen ähnlich hohe Suizidraten wie die Bevölkerung in der Heimat (Voracek et al. 2007).

Um die unterschiedlichen nationalen Suizidraten zu erklären, haben Conklin und Simpson (1987) eine viele soziodemographischen und wirtschaftlichen Variablen einschließende Faktorenanalyse durchgeführt. Dabei wurden zwei Cluster mit niedrigen Suizidraten gefunden. Cluster 1 enthielt Länder, in denen die islamische Religion dominant war, Cluster 2 wirtschaftlich unterentwickelte Staaten.

In der Zwischenzeit sind von der WHO und der UNO regelmäßig zahlreiche aggregierte soziodemographische Daten über einen Großteil der Nationaldaten zugänglich gemacht worden. Von 99 Staaten liegen Daten über Suizidraten vor. Der Medianwert liegt bei 9,7 pro 100.000 Einwohner (25 Perzentil: 4,3, 75 Perzentil: 15,1). Die höchsten Suizidraten weisen die ehemaligen Ostblockstaaten Litauen und Weißrussland auf. Wir analysierten daher den Einfluss der folgenden Variablen auf die nationalen Suizidraten:

- Durchschnittsalter, da bekannt ist, dass in den meisten westlichen Ländern die Suizidrate in den obersten Alterskohorten am höchsten ist;
- Gini-Index, der die sozio-ökonomische Ungleichheit innerhalb einer Gesellschaft beschreibt;
- Human Development Index: dieser setzt sich aus drei Maßzahlen zusammen (Lebenserwartung, Alphabetisierungsrate im Erwachsenalter, Bruttojahres-Pro Kopf-Einkommen), die ebenfalls in die Analyse eingingen; außerdem die prozentuellen Anteile der religiösen Konfessionen in den einzelnen Staaten (s. Tab. 10).

Tab. 10 Soziodemographische und religiöse Einflussfaktoren auf die nationalen Suizidraten

soziodemographische Faktoren	Korrelation	religiöse Konfessionen	Korrelation
Human Development Index	,377**	Katholiken	–,091
Alphabetisierungsrate	,464**	Protestanten	,047
Lebenserwartung	,157	Christlich-Orthodoxe	,172
Bruttosozialprodukt pro Kopf	,269**	Juden	–,051
Gini-Index	–,470**	Moslems	–,319**
Durchschnittsalter	,602**	Hindus	,057
		Buddhisten	,169
		Daoisten	,022
		Shintoisten, Indigene	,067
		ohne Bekenntnis	,265**

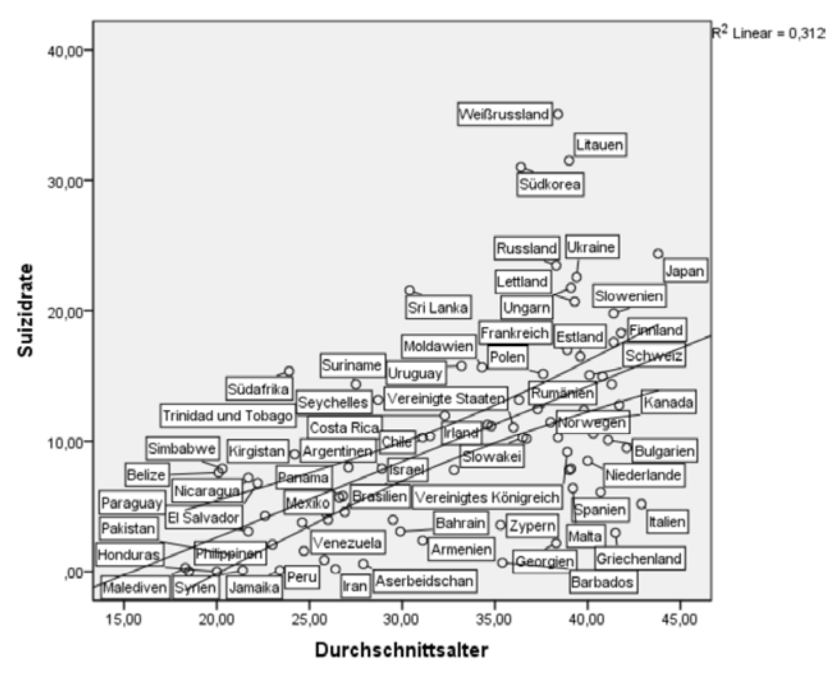


Abb. 23 Nationale Suizidraten und Durchschnittsalter

Dabei wurden die Korrelationen zwischen den nationalen Suizidraten und den soziodemographischen Daten bzw. den Angaben zur konfessionellen Verteilung getrennt gerechnet und ausgewertet. Es finden sich hochsignifikante statistische Korrelationen zwischen den Suizidraten und, ausgenommen das Durchschnittsalter, allen soziodemographischen Variablen. Besonders deutlich sind die Zusammenhänge zwischen dem Durchschnittsalter, der Alphabetisierungsrate und dem Gini-Index. Diese soziodemographischen Variablen sind allerdings nicht unabhängig voneinander. Die lineare Regressionsanalyse ergab, dass das Durchschnittsalter und das Jahresbruttosozialprodukt pro Kopf (GPI) die zentralen soziodemographischen Einflussfaktoren sind (s. Abb. 23 u. 24).

Wie aus der Literatur bekannt (De Leo 2001) ist die Suizidrate, gemessen an Anteil dieser Alterskohorte in der Gesamtbevölkerung, bei den Alten und Ältesten am höchsten. Es erscheint daher durchaus plausibel, dass Staaten mit einem höheren Durchschnittsalter gleichzeitig höhere Suizidraten aufweisen (s. Abb. 23).

Den Zusammenhang zwischen dem Jahresbruttosozialprodukt pro Kopf und den Suizidraten wiederum bestätigt die ältere Untersuchung von Conklin und Simpson (1987). Die niedrigen Suizidraten in armen Ländern können als Hinweis gelten, dass Selbsttötung bis zu einem gewissen Grad ein Wohlstandsphänomen ist.

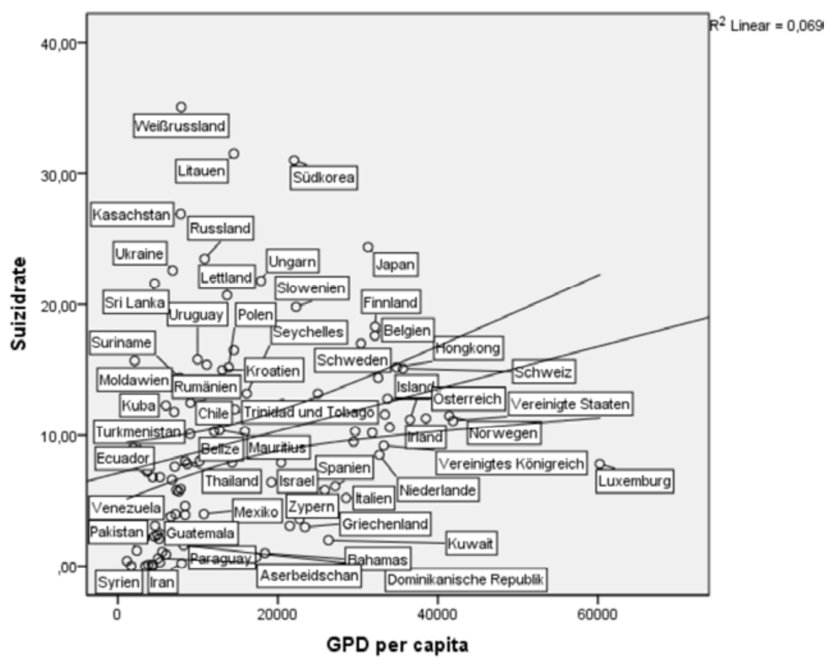


Abb. 24 Bruttonationalprodukt pro Kopf und nationale Suizidraten

5.3 Kulturspezifische suizidale Verhaltensweisen

Um die Hintergründe von suizidalen Verhaltensweisen in traditionellen Gesellschaften zu erforschen, analysierten Smith und Hackathorn (1982) Datensätze aus dem Human Relations Area File, einer umfassenden kulturanthropologischen Datenbank (siehe auch Lester 2008). Die Autoren fanden drei Faktoren, die 70% der Varianz der Unterschiede von Suizidraten in verschiedenen ethischen Gruppen erklären konnten:

1. Suizidraten sind in bäuerlichen Gesellschaften höher als bei Jägern und Sammlern.
2. Suizidraten sind erhöht in Gesellschaften mit expressivem oder zurückgenommenem Gefühlsausdruck.
3. Traditionelle Gesellschaften, in denen Scham und Ehre ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, haben höhere Suizidraten als Gemeinschaften, in denen dies keine so bedeutende Rolle spielt (siehe auch Lester 1997, 1998; Kalafat u. Lester 2000).

Wie Hollan (1990) für die indonesischen Torajas, beschreibt sind auch soziale Kränkungen und Gesichtsverlust häufig auslösende Ursache für suizidale Verhaltensweisen. Ähnliches fand Leenhardt (1984) in Neukaledonien, einer melanesischen Inselgruppe. Vor allem Frauen, aber auch Männer brachten sich um, nachdem sie vom Partner oder von anderen Mitgliedern der Dorfgemein-

schaft schlecht behandelt worden waren. Sie erwarteten, durch ihren Tod in Ahnengeister verwandelt zu werden um sich so leichter rächen zu können.

Auch in entwickelten Nationalökonomien kann suizidales Verhalten unterschiedliche Bedeutungen haben. Die auslösenden gesellschaftlichen und innerpsychischen Motive variieren stark. In Japan etwa, einem Land mit einer traditionell hohen Suizidrate, wird Selbsttötung unter gewissen Umständen als moralische Pflicht angesehen. *Seppuku* oder *Harakiri* wurde vor allem in der Kriegerklasse aber auch in der Beamtenschaft, als ehrbare Form, aus dem Leben zu scheiden, betrachtet. Historisch kann diese Praxis bis in das 12. Jahrhundert zurückverfolgt werden (Kawada 2005). Man kann vier Motive für Seppuku unterscheiden:

1. Rettung der eigenen Ehre,
2. um Vergebung bitten,
3. dem Herren in den Tod folgen und
4. als Bestrafung auferlegt.

Shingu wurde vorwiegend von jungen Liebenden praktiziert, deren Beziehung gesellschaftlich nicht erlaubt war. Diese Art, sich gemeinsam zu töten, wurde als Treuebeweis erachtet (Kannedo et al. 2005).

Eine andere kulturelle Form der Selbsttötung, die im Westen zeitweise große Beachtung fand, ist Sati (*Suttee*), die indische Witwenverbrennung. Dieser Brauch ist eigentlich eine Totenfolge, eine Sitte, die in alten Hochkulturen weit verbreitet war (Fisch 2005). Sie findet sich vor allem in Gesellschaften, die einen Jenseitsglauben pflegen, der davon ausgeht, dass das Jenseits ein Spiegelbild des Diesseits ist. Die Toten würden dieselbe Stellung einnehmen (können) wie im Leben. Demgegenüber findet sich der Brauch nicht in Kulturen, in denen der Platz im Jenseits aufgrund von Verdiensten im Diesseits zugewiesen wird. Die geschlechtsspezifischen Machtverhältnisse äußerten sich darin, dass die Frau ihrem Mann in den Tod nachfolgen soll, nicht allerdings umgekehrt. Dieser Brauch war allerdings nie besonders häufig und wurde von den englischen Kolonialherren schließlich verboten.

In manchen Ethnien, wie etwa den Mayas, war die Selbsttötung Teil der Kosmogonie und damit ursprünglich durchaus positiv besetzt. Ixtab, die Göttin des Suizids, wurde auf Stelen und Kodices mit einem Seil um den Hals abgebildet. Die Mayas glaubten, dass Selbstmörder, im Kampf getötete Krieger und Frauen, die im Kindbett versterben, in das Paradies aufgenommen werden. Mit der Christianisierung nahm die ursprünglich wohlmeinende Gottheit dämonische Züge an. Trotzdem ist Yukatan noch immer die mexikanische Provinz mit der höchsten Suizidrate (Bequedano 2009).

5.4 Religion und Suizid

Auch wenn die individuelle Religiosität in vielen Ländern nicht mehr sehr bestimmend ist, üben religiös-fundierte Wertehaltungen häufig noch immer

einen großen gesellschaftlichen Einfluss aus. Bereits Durkheim (1997) wies auf den präventiven Einfluss von Religionen auf die Suizidalität ist hin.

In den großen monotheistischen Religionen wird Suizid abgelehnt, wobei das **Christentum** eine gewisse Sonderstellung einnimmt, da es kein explizites Suizidverbot in der Bibel gibt (Retterstøl u. Ekeberg 2009). Das Alte Testament schildert fünf Fälle von Suizid, ohne dabei eine wertende Stellungnahme zur Selbsttötung vorzunehmen. Erst Augustinus hat durch die Interpretation des fünften Gebotes „Du sollst nicht töten“ auch einen Bezug zur Selbsttötung hergestellt und Suizid somit als Handlung wider Gottes Willen definiert.

Im **Judentum** ist das Tötungsverbot explizit in der Thora festgehalten (Orbach u. Rabinowitz 2009). Das Leben wird als Leihgabe von Gott gesehen, der Mensch besitzt kein absolutes Anrecht auf seinen Körper. Der Suizid wurde lange Zeit sogar dem Mord gleichgesetzt.

Im **Islam** findet man im Koran selbst keine explizite Aussage zum Suizid, allerdings wird ein Verbot, Menschen zu töten, in verschiedenen Suren zum Ausdruck gebracht, die auch auf den Suizid bezogen werden können (Schultz 2009). In den Hadithen hingegen findet sich eine ganze Reihe von Traditionen, die sich dieses Themas annehmen:

> *„Ein Mann war verletzt und tötete sich selbst. Und Gott sagte: mein Knecht ist mir zuvor gekommen, ich verbot ihm das Paradies“ (al-Buhari: Kitāb al-ǧanā'iz, Kapitel 84)*

> *„Wer sich selbst mit einem Stück Eisen tötet wird von ihm im Feuer der Hölle gepeinigt“ (Ibn Hanbal)*

> *„Wer sich von einem Berg stürzt und sich selber tötete, wird im Feuer der Hölle sein und in ihm auf alle Ewigkeit stürzen und ewig in ihm bleiben. Und wer Gift trinkt und sich selbst tötet, wird sein Gift in seiner Hand im Feuer der Hölle auf alle Ewigkeiten trinken und in ihm ewig bleiben. Und wer sich mit dem Eisen selbst tötet, wird im Höllenfeuer auf alle Ewigkeiten sein Eisen durch seine Hand in dem Bauch geführt bekommen und in ihm ewig bleiben“ (al-Buhari: Kitāb al-tibb, Kapitel 59)*

Übereinstimmend zeigen diese Passagen eine ablehnende Haltung gegenüber dem Suizid, und es kristallisiert sich deutlich die Aussage heraus, dass es verboten ist, sich selbst das Leben zu nehmen (Okasha u. Okasha 2009).

Der **Hinduismus** nimmt in den vedischen Schriften (um 1.200 v. Chr.) noch keine eindeutige Position zum Suizid ein (Vijakumar 2009). Bereits in den Upanischaden (700–500 v. Chr.) hingegen wird Suizid kategorisch abgelehnt:

> *„Er, der sich sein Selbst nimmt, kommt nach dem Tod in eine sonnenlose Gegend, die in undurchdringliche Finsternis gehüllt ist“ (Isavasya Upanishad)*

Auch im Dharmashastra (das Hindu Buch der Regeln und der Ethik, 900–700 v. Chr.) wird der Suizid verdammt. Allerdings gibt es besondere Formen des erlaubten ritualisierten Suizids, wie Sati (*Suttee*), die bereits erwähnte

indische Witwenverbrennung, die im modernen Indien nicht mehr praktiziert wird, sowie Mahaparasthana, eine religiöser Suizidform, bei der vor allem alte Menschen, die sich dem Tod nahe wissen, eine Wanderung nach der heiligen Stadt Kailash unternehmen, weitgehend ohne Nahrung zu sich zu nehmen. Wenn der Reisende durch Entkräftigung stirbt, ist dies der Ausstieg aus dem Kreislauf der Wiedergeburten.

Im **Buddhismus** wird Suizid zwar nicht direkt verboten, aber als unsinnige Handlung angesehen, da sie das Karma verschlechtert und man somit im nächsten Leben nochmals den unveränderten Problemen ausgesetzt sein wird (Prompta u. Thomyangkoon 2009). Suizid stellt auf jeden Fall, egal aus welchen Beweggründen, immer eine unheilvolle Tat für das Karma dar.

Zhuangzi (Tschung Tse, etwa 369–285 v. Chr.), ein zentraler Autor des **Daoismus**, nimmt in seinem Werk „Das wahre Buch vom südlichen Blütenland“ eine indifferente Haltung ein. Obwohl er davon ausgeht, dass das Leben nicht immer besser ist als der Tod, befürwortet er den Suizid nicht, da er ein Zeichen für eine Überbewertung einer einzelnen Idee sei.

Auch wir gingen dem potenziellen Einfluss von Religionen auf die nationalen Suizidraten nach. Im Speziellen untersuchten wir die Auswirkung der prozentuellen Verteilung der religiösen Konfessionen (s. Tab. 10). Die Daten dazu wurden dem jährlich erscheinenden Fischer Weltalmanach entnommen (Redaktion Weltalmanach 2009). Zwischen den Suizidraten und dem prozentuellen muslimischen Bevölkerungsanteil zeigte sich eine negative Korrelation, während Staaten mit einem hohen Prozentsatz an Personen ohne religiöses Bekenntnis hohe Selbsttötungsraten aufwiesen. Bei verschiedenen christlichen Konfessionen, im Judentum, im Hinduismus, im Buddhismus und im Daoismus waren diese Korrelationen nicht nachweisbar.

Staaten mit muslimischen Minderheiten oder ohne Bevölkerungsteile, die sich zum Islam bekennen, zeigen eine breite Streuung, Länder mit muslimischer Mehrheitsbevölkerung mit der Ausnahme von Kasachstan niedrige Suizidraten (s. Abb. 25).

Damit können die Ergebnisse älterer Untersuchungen bestätigt werden, die ebenfalls niedrige Suizidraten in Islamischen Ländern fanden (zur Übersicht: Lester 2006).

Die Verbindung zwischen hohen Suizidraten und hohem Prozentanteil von Menschen ohne religiöses Bekenntnis findet sich vor allem in den Staaten des ehemaligen Ostblocks (Ungarn, Tschechien) und den Nachfolgestaaten der UDSSR (Litauen, Weißrussland, Russland) (s. Abb. 26). Gleichzeitig sind dies mehrheitlich Länder, die nach dem Zerfall des Kommunismus eine Umstellung von einer Planwirtschaft zu einer neoliberalen Marktwirtschaft im Zeitraffertempo durchlaufen haben. Die Folge war eine Polarisierung in eine neue Oberschicht Reichgewordener einerseits und in zahlreiche Modernisierungs-

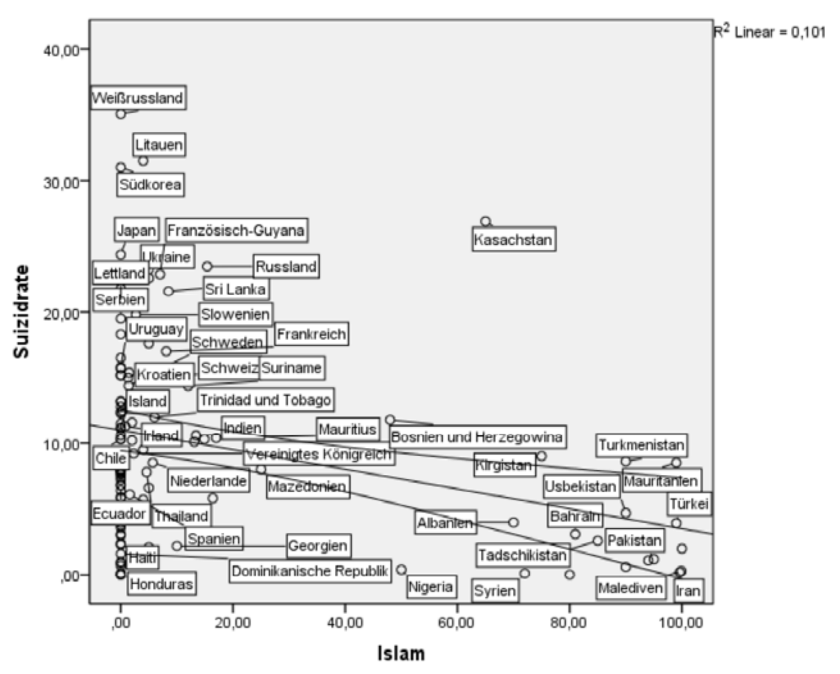


Abb. 25 Nationale Suizidraten und prozentueller Anteil von Einwohnern mit muslimischem Bekenntnis

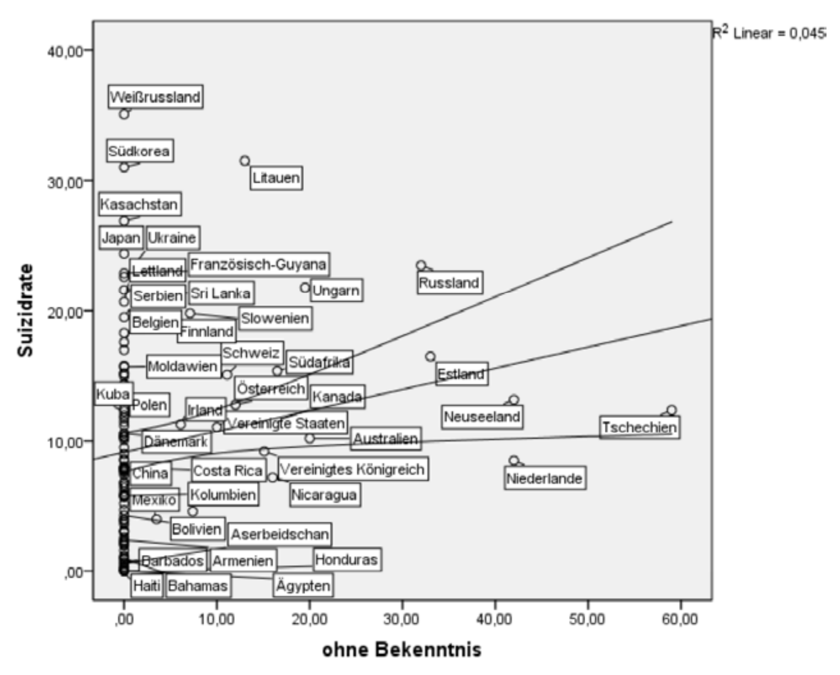


Abb. 26 Nationale Suizidraten und prozentueller Anteil von Einwohnern ohne Konfession

verlierer andererseits. Schattenseiten der neuen Freiheiten waren häufig eine Entsolidarisierung der Gesellschaft und der Verlust tragender Werte. Bereits Durkheim (1997) postulierte, dass Suizidraten in Zeiten mit anomischem Wertezerfall gegenüber stabilen Perioden ansteigen.

Dies lässt sich auch daran erkennen, dass ehemalige kommunistische Länder mit einer starken christlichen Tradition wie Polen, die Slowakei oder Rumänien deutlich niedrigere Suizidraten aufweisen als die oben genannten Staaten. Weiter kompliziert wird die Interpretation der hohen litauischen, weißrussischen und ungarischen Selbsttötungsraten durch die starken finnisch-ugrischen Bevölkerungsanteile in diesen Ländern, für die ja eine genetische Belastung postuliert wird.

5.5 Soziokultureller Umgang mit Suizid

Die von der WHO veröffentlichten Zahlen sind allerdings mit einer gewissen Skepsis zu betrachten. In einigen Ländern ist das Thema Suizid noch immer ein so großes Tabu, dass keine offiziellen Zahlen existieren. Das ist vor allem in vielen afrikanischen Ländern, aber auch in Indonesien, in einigen asiatischen Staaten und in Teilen Lateinamerikas der Fall. Einer der Hauptgründe dafür ist die starke soziale Stigmatisierung der Familien von Suizidanten. In einigen afrikanischen Ländern, so zum Beispiel in Nigeria, verschlechtern sich die Heiratschancen der weiblichen Familienangehörigen von Suizidanten drastisch. In anderen Ländern wie etwa Pakistan ist ein Suizidversuch eine mit Gefängnisstrafe bedrohte Handlung. Suizid wird als eine gegen Gott gerichtete Handlung gesehen, da nur Gott allein über Leben und Tod seiner Schöpfungen zu entscheiden hat. Manchmal wird eine Selbsttötung mit Geisteskrankheit gleichgesetzt, was ebenfalls zu einer sozialen Stigmatisierung der Hinterbliebenen führt. Oft wird daher versucht, einen Suizid als Unfall oder als überraschenden Todesfall nach akuter Krankheit darzustellen.

Aus schriftlosen Gesellschaften, aber auch aus schriftlichen Überlieferungen von der Antike bis in die frühe Neuzeit sind Ängste vor den Seelen der Menschen, die durch die eigene Hand verstorben sind, bekannt. So verbrennen die Baganda aus Zentralafrika den Körper eines Erhängten mit dem Holz des Baums, den er dafür benützt hat, an einer Wegkreuzung. Es ist die Aufgabe der Frauen des Stammes, die Asche des Toten mit Erde zu bedecken, da Erzählungen besagen, dass dieser sonst in die Körper der Frauen eindringen und wieder aufleben kann.

Von den Ewe aus Togo wird berichtet, dass sie den Erhängten samt dem Ast, an dem er aufgehängt war, solange über Dornen schleifen, bis der Körper zerfetzt ist. Erst dann begraben sie den Leichnam an einer besonders abgelegenen Stelle. Eine andere Beschreibung schildert, wie die Ewe dem Leichnam einen Pfahl durch die Brust stoßen und ihn anschließend verscharren. Durch diese Bräuche soll die Rückkehr des rachsüchtigen Toten zu den Lebenden verhin-

dert werden (Minois 1996). Auch in anderen afrikanischen Gesellschaften wird die Leiche oftmals rituell verstümmelt, letztlich aber immer mit dem Ziel, eine Wiederauferstehung und Verfolgung der Lebenden zu verhindern. Vom Brechen der Schenkelknochen, Abreißen der Ohren bis zum Abschlagen der Hände, jeder dieser Verstümmelungen liegt die Vorstellung zugrunde, dass der so geschändete Leichnam keinen Schaden mehr anrichten kann. Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt aus dem breiten Spektrum ethnographischer Schilderungen. Weltweit sind aus nahezu allen Ethnien spezielle Bestattungsrituale für die Leichname von Suizidanten bekannt, da diese Todesart als eine besonders unheilvoll angesehen wird (Prinz 1998).

Zusammenfassung

Dem Leben durch eigene Hand ein Ende zu setzen ist eine der Handlungsfreiheiten, durch die sich der Mensch vom Tier unterscheidet. Voraussetzung dafür ist das Wissen über die eigene Endlichkeit und die Unvorhersehbarkeit des Todeszeitpunkts. Suizidale Handlungen finden sich dementsprechend in allen uns bekannten Gesellschaften. Der vollendete Suizid ist zumeist das Endresultat von komplex interagierenden biologischen, psychologischen, psychopathologischen und sozialen Faktoren. Obwohl Selbsttötung somit als anthropologische Konstante zu betrachten ist, unterscheiden sich die weltweit vorgefundenen Suizidraten regional erheblich. Sowohl biologische, demographische und soziokulturelle Faktoren als auch religiöse (oder atheistische) Wertehaltungen beeinflussen in Krisensituationen die individuelle Entscheidung für oder gegen das eigene Leben.

Literatur

Arango V, Huang YY, Underwood MD, Mann JJ (2003) Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior. J Psychiatr Res 37, 375–386

Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G (2004) Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 4, 37

Audenaert K, Peremans K, Goethals I, van Heeringen C (2006) Functional imaging, serotonin and the suicidal brain. Acta Neurol Belg 106, 125–131

Baquedano G (2009) Maya religion and traditions: influencing suicide prevention in contemporary Mexico. In: Wasserman D, Wasserman C (Hrsg.) Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. 77–84. Oxford University Press New York

Bondy B, Buettner A, Zill P (2006) Genetics of suicide. Mol Psychiatry 11, 336–351

Brent DA, Melhem N (2008) Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am 31, 157–177

Brunner J, Bronisch J (1999) Neurobiologische Korrelate suizidalen Verhaltens. Fortschr Neurol Psychiatr 67, 391–412

Canetto SS (2008) Women and suicidal behavior: a cultural analysis. Am J Orthopsychiatry 78, 259–266

Cheng ATA (1995) Mental illness and suicide. Arch Gen Psychiatry 52, 594–603

Cheng ATA (1997) Personality disorder and suicide. British Journal of Psychiatry 170, 441–446

Chiao JY, Blizinsky KD (2010) Culture-gene coevolution of individualism-collectivism and the serotonin transporter gene. Proc Biol Sci 277:529–537

Conklin GH, Simpson ME (1987) The family, socioeconomic development and suicide. Journal of Comparative Family Studies 18, 99–111

Conrad RD, Kahn MW (1974) An epidemiological study of suicide and attempted suicide among the Papago indians. Am J Psychiatry 131, 69–72

Courtet P, Jollant F, Castelnau D, Buresi C, Malafosse A (2005) Suicidal behavior: relationship between phenotype and serotonergic genotype. Am J Med Genet C Semin Med Genet 15, 25–33

De Leo D (Hrsg.) (2001) Suicide and euthanasia in older adults. A transcultural journey. Hogrefe u. Huber Publishers Seattle Toronto Bern Göttingen

Durkheim E (1997) Der Selbstmord. Suhrkamp Frankfurt am Main

Feldmann K (2001) Suizid: sozialwissenschaftliche Theorien, wissenssoziologische und ideologiekritische Überlegungen. Skript Univ. Hannover

Fisch J (2005) Die indische Witwenverbrennung: Tötung oder Selbsttötung? In: Bähr A, Medick H (Hrsg.) Sterben von eigener Hand. Selbsttötung als kulturelle Praxis. 309–332. Böhlau Köln Wiemar Wien

Freud S (1999a) Gesammelte Werke. Totem und Tabu. 9. Band. Fischer Taschenbuch Verlag Frankfurt am Main

Freytag R, Giernalezyk T (2001) Geschlecht und Suizidalität. Vandenhoeck u. Ruprechtverlag Göttingen

Gibbs JP, Martin W (1964) Status integration and suicide. University of Oregon Press Eugene

Halbwachs M (1978/1930) The causes of suicide. Routledge and Kegan London

Hawgood J, De Leo D (2008) Anxiety disorders and suicidal behaviour: an update. Curr Opin Psychiatry 21, 51–64

Henseler H (2000) Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Westdeutscher Verlag Wiesbaden.

Hollan D (1990) Indignant suicide in the Pacific: an example from the Toraja Highlands of Indonesia. Cult Med Psychiatry 14, 365–379

Hor K, Taylor M (2010) Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol 24(4 Suppl), 81–90

Ji J, Kleinman A, Becker AE (2001) Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their sociocultural context. Harv Rev Psychiatry 9, 1–12

Kalafat J, Lester D (2000) Shame and suicide: a case study. Death Stud 24,157–162

KannedoY, Yamasaki A, Arai K (2009) The Shinto religion and suicide in Japan. In: Wasserman D, Wasserman C (Hrsg.) Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. 37–41. Oxford University Press New York

Kawada J (2005) Moral and aesthetic aspects of suicide among the Japanese: Seppuku, self-immolation and Shinju, double suicide of lovers. In: Bähr A, Medick H (Hrsg.) Sterben von eigener Hand. Selbsttötung als kulturelle Praxis. 277–290. Böhlau Köln Wiemar Wien

Krysinska K, Lester D (2010) Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. Arch Suicide Res 14, 1–23

Leenhardt M (1984) Do Kamo. Die Person und der Mythos in der melanesischen Welt. Ullstein Frankfurt am Main

Lester D (1992) The dexamethasone suppression test as an indicator of suicide: a meta-analysis. Pharmacopsychiatry 25, 265–270

Lester D (1997) The role of shame in suicide. Suicide Life Threat Behav 2, 352–361

Lester D (2004) Blood types and national suicide rates. Crisis 25,140

Lester D (2006) Suicide and islam. Arch Suicide Res 10, 77–97

Lester D (2008a) Suicide and culture. WCPRR 3, 51–68

Lester D (2008b) Suicide among indigenous peoples: the usefulness of the Human Relations Area Files. Crisis 29, 49–51

López JF, Palkovits M, Arató M, Mansour A, Akil H, Watson SJ (1992) Localization and quantification of proopiomelanocortin mRNA and glucocorticoid receptor mRNA in pituitaries of suicide victims. Neuroendocrinology 56, 491–501

Mann JJ (1998) The neurobiology of suicide. Nature Medicine 4, 25–30

Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P, Currier D, Dougherty DM, Haghighi F, Hodge SE, Kleinman J, Lehner T, McMahon F, Mościcki EK, Oquendo MA, Pandey GN, Pearson J, Stanley B, Terwilliger J, Wenzel A (2009) Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. Biol Psychiatry 1, 56–63

Menninger K (1989) Selbstzerstörung. Psychoanalyse des Selbstmords. Suhrkamp Frankfurt am Main

Minois G (1996) Geschichte des Selbstmords. Artemis u. Winkler Verlag Düsseldorf Zürich

Mullany B, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Cwik M, Craig M, Walkup JT (2009) Toward understanding suicide among youths: results from the White Mountain Apache tribally mandated suicide surveillance system, 2001–2006. Am J Public Health 99, 1840–1848

Ogden M, Spector MI, Hill CA (1970) Suicides and homicides among Indians. Public Health Rep 85, 75–80

Okasha A, Okasha T (2009) Suicide and Islam. In: Wasserman D, Wasserman C (Hrsg.) Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. 49–55. Oxford University Press New York

Orbach I, Rabinowitz A (2009) Suicide in Jewish scriptures. In: Wasserman D, Wasserman C (Hrsg.) Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. 43–47. Oxford University Press New York

Pedersen NL, Fiske A (2010) Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: twin study findings. Eur Psychiatry 25, 264–267

Pfeiffer W (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Georg Thieme Verlag Stuttgart

Prinz A (1998) Über den Umgang mit Leichen bei fremden Völkern. In: Stefenelli N (Hrsg.) Körper ohne Leben. Begegnungen und Umgang mit Toten. Böhlau Verlag Wien Köln Weimar

Prompta S, Thomyangkoon P (2009) A Buddhist perspective on suicide. In: Wasserman D, Wasserman C (Hrsg.) Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. 27–35. Oxford University Press New York

Redaktion Weltalmanach (2009) Der Fischer Weltalmanach 2010: Zahlen Daten Fakten. Fischer Frankfurt am Main

Retterstøl N, Ekeberg O (2009) Christianity and suicide. In: Wasserman D, Wasserman C (Hrsg.) Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. 57–62. Oxford University Press New York

Ringel E (1998) Selbstmord. Appell an die anderen. Kaiser Taschenbücher Verlag Güthersloh

Rujescu D, Giegling I (2010) The genetics of neurosystems in mental ill-health and suicidality: beyond serotonin. Eur Psychiatry. 25, 272–274

Schultz D (2009) Dürfen Muslime sich selbst töten? Das Suizid-Verbot in der islamischen Theologie und dem islamischen Recht. Tectum Verlag Marburg

Smith DH, Hackathorn L (1982) Some social and psychological factors related to suicide in primitive societies: a cross-cultural comparative study. Suicide Life Threat Behav 12, 195–211

Souery D, Oswald P, Linkowski P, Mendlewicz J (2003) Molecular genetics in the analysis of suicide. Ann Med 35, 191–196

Stack S (2000a) Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. Suicide Life Threat Behav 30, 145–162

Stack S (2000b) Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. Suicide Life Threat Behav 30, 163–176

Tsai SJ, Hong CJ, Liou YJ (2010) Recent molecular genetic studies and methodological issues in suicide research. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 23

United Nations Development Program (2011) Human Development Report 2010. Hoechstetter New York

van Heeringen K (2003) The neurobiology of suicide and suicidality. Can J Psychiatry 48, 292–300

Vijayakumar L (2009) Hindu religion and suicide in India. In: Wasserman D, Wasserman C (Hrsg.) Oxford textbook of suicidology and suicide. 19–25. Oxford University Press New York

Voracek M, Loibl LM (2007) Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. Wien Klin Wochenschr 119, 463–475

Voracek M, Loibl LM (2008) Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 118, 259–271

Voracek M, Loibl LM, Kandrychyn S (2007) Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis: replication and refinement with regional suicide data from eastern Europe. Percept Mot Skills 104, 985–994

Yip PS, Liu KY, Hu J, Song XM (2005) Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40, 792–798

6 Angststörungen und Kultur

Thomas Stompe

Angst ist ein Gefühl, das auf eine Gefahr hinweist und uns in Alarmbereitschaft versetzt. Angst tritt zumeist in Situationen auf, die als bedrohlich, ungewiss und unkontrollierbar erlebt werden. Furcht hingegen wird durch konkrete Objekte oder Situationen ausgelöst. Da der Energieaufwand für eine Flucht gering ist, übersehene Bedrohungen aber äußerst folgenschwere Auswirkungen, im schlimmsten Fall den Tod des Individuums, nach sich ziehen können, ist die „Alarmanlage" Angst sehr empfindlich eingestellt, was naturgemäß zu vielen Fehlalarmen führt. Angst ist tief evolutionsgenetisch verankert, findet sich bei den meisten höheren Tierarten und kann in allen uns bekannten Kulturen und Ethnien nachgewiesen werden (Panksepp 1998). Einige Ängste wie etwa die Furcht vor Schlangen sind genetisch determiniert, zahlreiche andere wurden im Laufe des Lebens erlernt. Im Gegensatz zu Tieren kann beim Menschen Angst auch durch Bedrohungen des Selbstbildes oder der Selbstachtung ausgelöst werden.

Neurobiologen nehmen an, dass bidirektionale Übergänge zwischen Zuständen hoher und niedriger Angst kontextabhängig durch sehr schnelle Veränderungen in basalen Amygdala-Neuronen ausgelöst werden (Canteras et al. 2010; Parkes u. Westbrook 2011). Ausgehend von der Amygdala werden das periaquäduktale Grau, der Locus coeruleus, der Nukleus parabrachialis sowie das vegetative Nervensystem über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aktiviert.

Die dadurch ausgelösten körperlichen Symptome der Angst wie erhöhte Aufmerksamkeit, weite Pupillen, höhere Empfindlichkeit der Seh- und Hörnerven,

erhöhte Reaktionsgeschwindigkeit, erhöhte Muskelanspannung, erhöhte Herzfrequenz und Blutdruck, flachere und schnellere Atmung sowie gesteigerte Energiebereitstellung in Muskeln sollen ein Lebewesen auf eine Kampf- oder Fluchtsituation vorbereiten. Auf der anderen Seite werden Körperfunktionen wie Blasen-, Darm- und Magentätigkeit während des Zustands der Angst gehemmt.

Emotionen entstehen im Spannungsfeld zwischen Kultur und Biologie, die Person in ihrem bio-psycho-soziokulturellen Sosein nimmt eine vermittelnde und performative Rolle ein. Gegen die Theorie der universalen Gleichförmigkeit von Emotionen, wie sie von Verhaltensforschern wie Ekman (1973) sowie Grammer und Eibl-Eibesfeldt (1993) vertreten wird, wurde von Linguisten wie Wierzbicka (1999) grundsätzliche Einwände erhoben. Wierzbicka merkt an, dass die westlichen Basisemotionen auch kulturelle Artefakte sein könnten. Vormoderne japanische Schriftsteller etwa nannten zumeist sieben Gefühle (*shichi jos*) für Erwachsene und alte Menschen (Kojima 1999), die folgendermaßen übersetzt werden können: *ki* (Freude), *do* (Ärger), *ai* (Traurigkeit), *raku* (Wohlbefinden), *as* (Liebe), *o* (Hass) und *yoku* (Begierde).

Einige Kulturen haben viele Begriffe für diskrete Emotionen, andere nur eine Handvoll: Ärger und Trauer werden in Uganda mit dem gleichen Begriff bezeichnet, gleiches gilt für Furcht und Scham bei den australischen Aborigines sowie für Hass und Ekel auf Samoa. Die sibirischen Ifaluk verbinden mehrere Emotionen zu einer einzigen komplexen, *fago* genannten Emotion. Fago umfasst die deutschen Begriffe „Mitleid, Traurigkeit, Liebe, Respekt und Dankbarkeit“ (Lutz 1988).

Emotionen stehen in engem Zusammenhang mit anderen psychischen Funktionen wie Wahrnehmung, Gedächtnis und Denken, die ihrerseits wiederum durch kulturell generierte Begriffssysteme vermittelt sind. Diese Begriffssysteme bilden semantische Netzwerke, die im Falle von Gefühlswörtern kulturell geprägte Variationen aufweisen können (Romney et al. 2000).

In jeder Kultur existiert ein mehr oder weniger explizites naives Laienverständnis darüber, was eine Emotion ist und welche Bedeutung ihr in bestimmten Situationen zukommt. Diese „Ethnotheorien“ beeinflussen das emotionale Leben der Mitglieder der jeweiligen Kultur. Viele Westeuropäer und Nordamerikaner etwa meinen, dass Emotionen unabhängig von Kognitionen sind. Gefühle sind irrational, unkontrollierbar, subjektiv, individuell, körperbezogen, natürlich und typisch weiblich. Andere Ethnien wiederum haben keinen übergeordneten Begriff für Gefühle. Emotionen werden als integrierter Bestandteil von Einstellungen, Bedürfnissen, Verhaltensweisen und Denkprozessen betrachtet. Es ist anzunehmen, dass konzeptionelle Unterschiede von Emotionen zu unterschiedlichen emotionalen Erlebnisweisen führen. Indem Ethnotheorien für objektive Wahrheiten gehalten werden, erzeugen sie die von ihnen beschriebenen emotionalen, physischen und sozialen Beziehungsmuster.

Auch der Ausdruck von Emotionen ist in vielen Fällen kulturell reglementiert. Yanomani-Frauen etwa messen die Liebe und das Interesse ihres Mannes an der Häufigkeit der Schläge und Brandmale, die dieser ihnen zugefügt werden. Bekannt ist die Disziplin der Kontrolle des Gefühlsausdrucks, die von Japanern erwartet wird. Aber auch im europäischen Rokoko oder im Amerika des 18. Jahrhunderts waren Männer und Frauen angehalten, den emotionalen Ausdruck in Stimme und Mimik zu unterdrücken. Ebenso unterliegt die Identifikation von Gefühlen in der Mimik kulturellen Einflüssen. So wurden amerikanischen Versuchspersonen Bilder von verschiedenen Gesichtsausdrücken der Fore aus Neuguinea vorgelegt. Nur 18% konnten Furcht korrekt identifizieren, lediglich 27% erkannten Überraschung richtig. Bessere Ergebnisse fanden sich bei Ekel (46%) und Ärger (51%). Umgekehrt benannten die Fore Fotos von Amerikanern mit ärgerlichem Gesichtsausdruck mit ihren Terminus für Traurigkeit (Russel u. Fernandez-Dols 1997). Insgesamt zeigten jedoch Metaanalysen, dass Emotionen auch zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Kulturen besser erkannt werden als es der Zufallswahrscheinlichkeit entspricht (Elfenbein u. Ambady 2002).

Obwohl bei allen Menschen ein evolutionspsychologisch ableitbarer Grundbestand angstauslösender Situationen und Objekte existiert, gibt es erhebliche kulturelle und geschichtliche Varianten (z.B. Delumeau 1988). Für Emotionen gilt somit ähnlich wie für andere normopsychische und psychopathologische Phänomene die Regel, dass ihre Gestaltung von komplexen Interaktionen biologischer, kultureller und individueller Faktoren abhängt. Dies gilt es zu berücksichtigen bevor man sich den Erscheinungsformen pathologischer Ängste, den sogenannten Angststörungen, zuwendet.

6.1 Angststörungen

Unter Angststörungen versteht man eine Gruppe von Störungen, in deren Zentrum das subjektive, verhaltensmäßige und körperliche Erleben einer dysfunktionalen Angst steht. Diese tritt in einer unangemessenen Situation auf oder ist in Relation zur auslösenden Ursache unangemessen stark. Angststörungen unterscheiden sich damit von der normalen und biologisch notwendigen Angst, die Menschen eine reale Gefahr signalisieren soll. Eingeteilt werden Angststörungen in objektbezogene und objektlose Ängste (s. Abb. 27).

Bei den objektlosen Ängsten unterscheidet man nach Dauer und Intensität der Angst Panikstörungen und generalisierte Ängste, bei den objektbezogenen Ängsten solche mit externen (Phobien) und internen Auslösereiz (somatoforme Störungen). Letztere werden im DSM-IV und im ICD-10 zu den neurotischen Störungen gerechnet. Bei der Gruppe der Phobien werden die Agoraphobie, die Sozialphobie und einfache Phobien wie Klaustrophobie, Höhenangst oder verschiedene Tierphobien unterschieden. Häufig werden auch traumareaktive Störungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung zu den Angststörungen

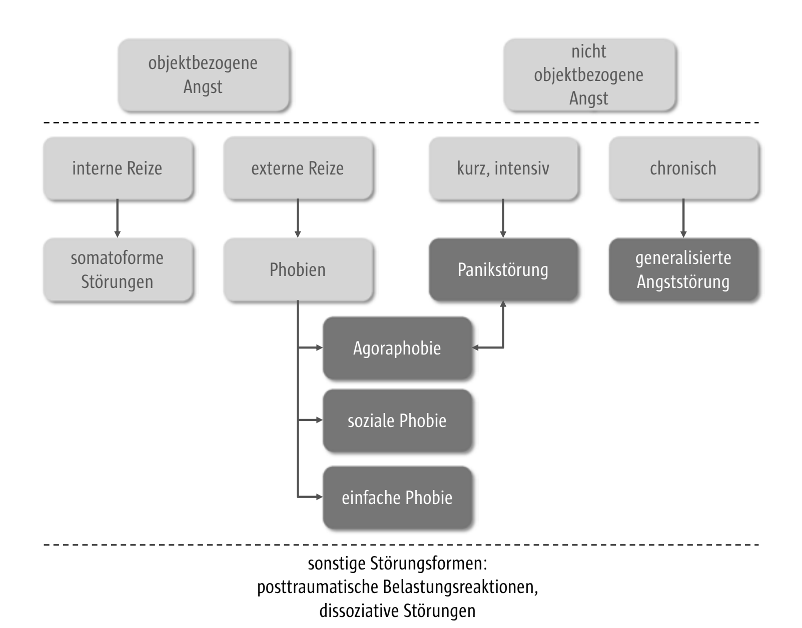


Abb. 27 Systematik der Angststörungen

gezählt. In der Folge werden wir uns auf die Kerngruppe der Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung und Phobien) beschränken, da die Posttraumatische Belastungsstörung und die somatoforme Störung an andere Stelle in diesem Band besprochen werden.

Epidemiologische und kulturvergleichende Forschungen zeigen, dass Angststörungen universell vorkommen. Wie der 15 Regionen einschließende World Mental Health Survey der WHO (Demyttenaere et al. 2004) ergab, schwankt die 12-Monats-Prävalenz zwischen 2,4% und 18,2% (s. Abb. 28).

Daraus resultiert eine durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz von 6,6%. Deutlich über dem Median lagen die Niederlande (8,8%), der Libanon (11,2), Frankreich (12,0%) und die USA (18,2%), nahe am Median Italien (5,8%), Spanien (5,9%), Deutschland (6,2%), Mexiko (6,8%), die Ukraine (7,1%), deutlich darunter Nigeria (3,3%) und China (Beijing 3,2%, Shanghai 2,4%). Diese Ergebnisse lassen sich aus zwei ergänzenden Perspektiven interpretieren.

Angst manifestiert sich auf kognitiver, affektiver, somatischer und Verhaltensebene (s. Abb. 29).

Es muss beachtet werden, dass Kulturen und Ethnien einzelne Abschnitte des sogenannten „Teufelskreis der Angst“ (Margraf u. Schneider 1989) unterschiedlich stark gewichten. In China, einem Land mit niedriger Prävalenz für Angststörungen, wird fast ausschließlich die somatische Komponente des „Teufelskreises der Angst“ betont, die psychische Komponente wird geradezu negiert. Wie bereits Kleinman (1986) zeigte, führt dies etwa bei Depressionen,

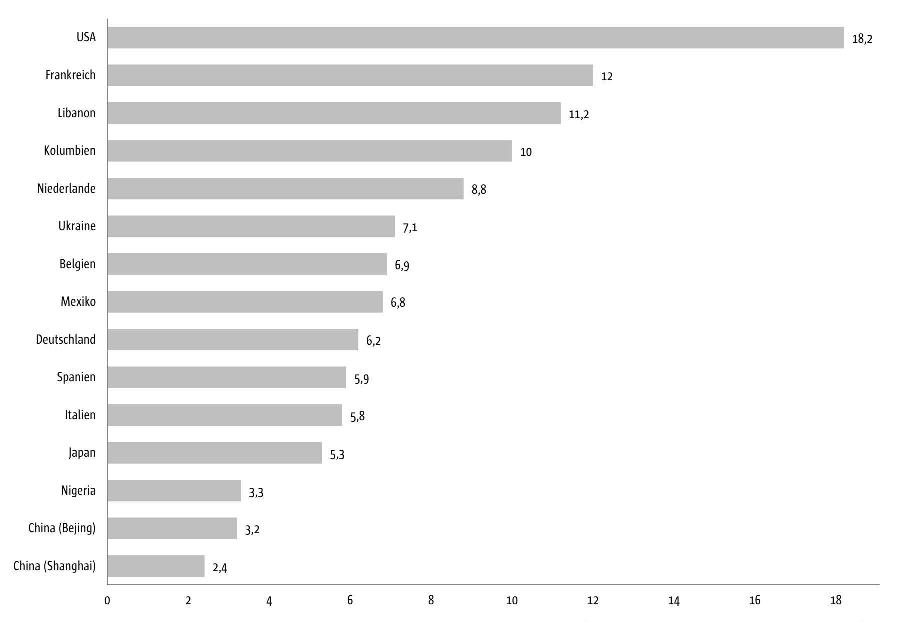


Abb. 28 12-Monatsprävalenz aller Angststörungen nach DSM-IV (nach Demyttenaere et al. 2004)

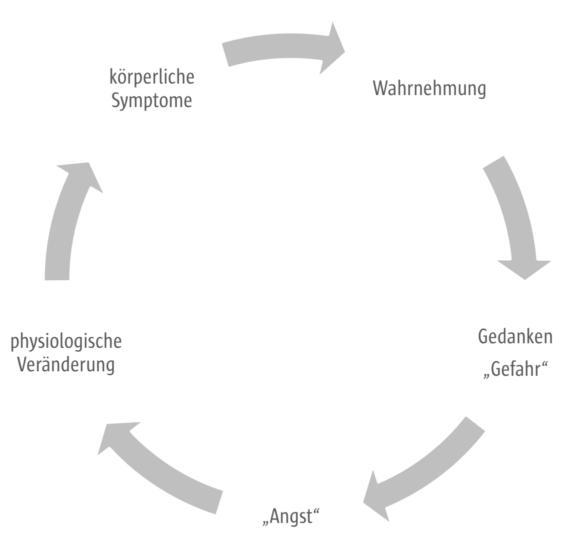


Abb. 29 Der Teufelskreis der Angst

wo Somatisierung eine ähnlich große Rolle wie bei Angststörungen einnimmt, zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz. In Nigeria findet sich eine ähnliche Konstellation. Patienten erleben Angst körpernah als Insekten oder Parasiten, die durch das Gehirn oder durch andere Körperpartien kriechen (Agorastos u. Ströhle 2011).

Chinesen und Nigerianer zeichnen sich darüber hinaus durch ein stark am Kollektiv orientiertes Selbstkonzept aus (Markus u. Kitayama 1991). Wie bereits Parin et al. (1993) am Beispiel der nigerianischen Dogon beschrieben haben reagieren Angehörigen von Ethnien, in denen ein sogenanntes Gruppen-Ich verbreitet ist, flexibler auf Belastungen, was wiederum ein protektiver Faktor gegen die Entwicklung von Angststörungen sein könnte.

Im oberen Bereich der Prävalenz finden sich mit den USA und den europäischen Staaten Länder, in denen Angststörungen vorwiegend über psychische Symptome ausgedrückt werden, weshalb die Betroffenen in den von westlichen Psychiatern entwickelten Fragebögen hoch scoren.

Die großen kulturvergleichenden Untersuchungen der letzten 30 Jahre waren methodisch wesentlich stringenter als ältere Studien. Letztere sind nur beschränkt miteinander vergleichbar, da zumeist unterschiedliche Diagnosekriterien und Durchführungsmethoden zur Anwendung kamen und Komorbiditäten mit anderen Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen etc. nicht berücksichtigt wurden. Aber auch die neuen kulturvergleichenden Studien können nur bedingt Auskunft über die wirkliche Häufigkeit der Angststörungen geben. Der wissenschaftstheoretische Hintergrund dieser epidemiologischen Untersuchungen ist absolutistisch ausgerichtet (s. Stompe, in diesem Band). Variablen wie die unterschiedliche semantische Organisation des Gefühlswortschatzes der einzelnen Sprachen, kulturelle Normalitätsannahmen, Krankheitskonzepte sowie kollektive Werte und kognitive Muster bleiben dabei zwangsläufig unberücksichtigt. Darüber hinaus existieren auch transkulturelle Unterschiede der Psychopathologie der Angststörungen, was die Entwicklung valider Erhebungsinstrumente schwierig gestaltet. Um ein angemessenes universalistisches Forschungsdesign zu entwickeln, wären im Vorfeld großer kulturvergleichender, epidemiologischer Untersuchungen qualitative Studien vor Ort erforderlich. Durch die Anwendung der Grounded Theory und anderer inhaltsanalytischer Verfahren könnten kulturspezifische Fragebögen entwickelt werden, die eine valide Erfassung von Angststörungen erlauben. Verabschieden müsste man sich allerdings von der Idee, dass ein Fragebogen für sämtliche Kulturen anwendbar ist. Im Vorfeld der eigentlichen epidemiologischen Untersuchung müsste viel Zeit und Energie in methodische Fragestellungen investiert werden, um die strukturelle und inhaltliche Äquivalenz der kulturspezifischen Untersuchungsinstrumente sicher zu stellen. Während der absolutistische Ansatz häufig am Problem der Validität der Fragebögen scheitert, wird bei einem universalistischen Ansatz die Reliabilität der zentrale Diskussionspunkt sein.

In der Folge werden die Phänomenologie der einzelnen Angststörungen sowie ihre kulturelle Verteilung und Ausgestaltung besprochen.

6.2 Panikattacken und Panikstörungen

Bei der Panikstörung spielt die positive Rückkoppelung von Angst, die dadurch ausgelösten körperlichen (physiologischen) Veränderungen und die kognitiv verzerrten Bewertungen der Situation eine ausschlaggebende Rolle. Am besten ist dies am Modell des „Teufelskreis der Angst“ von Margraf und Schneider (1989) nachzuvollziehen (s. Abb. 29).

Die Komponenten Wahrnehmung, Gedanken, physiologische Veränderungen und körperliche Symptome interagieren miteinander. Der Teufelskreis kann an jeder Stelle in Gang kommen. So kann das Wahrnehmen eines beschleunigten Herzschlages zu dem Gedanken führen, dass „etwas mit dem Herz nicht in Ordnung ist“, was wiederum das Gefühl der Angst aktiviert, den Herzschlag beschleunigt und eine raschere und flachere Atmung (Hyperventilieren), psychomotorische Unruhe mit Schwitzen, Schwindelgefühlen oder Parästhesien an den Extremitäten auslösen kann. Die Wahrnehmung der körperlichen Veränderungen steigert wiederum die Angst und verstärkt die Überzeugung, dass ganz offensichtlich gerade etwas Schlimmes droht (Herzinfarkt, Ohnmacht).

Margraf und Schneider (1989) unterscheiden zwei Ursachen für Panikattacken: Die Erwartungshaltung nach einem Angstanfall kann in vergleichbaren Situationen zu neuerlichen Panikattacken führen (Die Angst vor der Angst). Bevorstehende als belastend empfundene Situationen wie etwa Referate, bedeutsame Gespräche, oder Prüfungen, führen zu einem erhöhten Stressniveau und begünstigen das Auftreten eines Angstanfalles. In beiden Fällen wird die Schwelle für Angstanfälle herabgesetzt, es kommt stressbedingt zur vermehrten Ausschüttung von Adrenalin und anderen Hormonen, die aversive körperliche Empfindungen hervorrufen können (schwitzen, zittrig sein, u.a.), deren Wahrnehmung und kognitive Bewertung („Ich falle gleich tot um“) wiederum den Teufelskreis der Angst antreiben.

Es gibt allerdings auch Angstanfälle, die nicht unbedingt auf eine bewusst wahrgenommene gesteigerte Angst folgen. Nach Margraf und Schneider beginnen unerwartete Angstanfälle nicht mit Angst, sondern mit inneren Reizen, ihrer Wahrnehmung und ihrer Bewertung bzw. Verknüpfung mit Gefahr. Diese inneren Reize sind häufig körperliche Empfindungen, können aber auch Gedanken oder Vorstellungen sein („ich bin krank“). Es gibt eine Vielzahl solcher Reize. Zum einen handelt es sich dabei oft um normale körperliche Vorgänge, die von den meisten Menschen gar nicht wahrgenommen werden (z.B. Extrasystolen beim Herzschlag oder Mitralklappenprolaps), zum anderen können körperliche Belastungen, starke Gefühle (große Freude oder Ärger), falsches Atmen oder falsche Ernährung zu körperlichen Sensationen führen, die vom Patienten als bedrohlich perzipiert werden und einen Angstanfall hervorrufen.

Panikreaktionen und -erkrankungen sind aus allen Kulturen und Ethnien bekannt (Pfeiffer 1994). Ethnopsychiatrische Untersuchungen fanden ausgeprägte

Angstreaktionen bereits bei Jäger- und Sammlerkulturen. Cree-Indianer etwa mussten in Zeiten der Wildarmut allein auf die Jagd gehen. Dabei stellten sich bei einigen Personen heftige Angstanfälle ein, was eine erhebliche Minderung des individuellen Nahrungsgewinns zu Folge hatte (Saindon 1933). In vieler Hinsicht vergleichbar ist die Kayak-Angst (*pibloktoq*) der Inuits (Gussow 1985). Diese Form der Angstattacke tritt vorwiegend dann auf, wenn das Boot auf der spiegelglatten See still liegt und der Jäger den Blick unbeweglich fixiert, um auf das Auftauchen einer Robbe rasch reagieren zu können. Die Attacken dauern wenige Minuten, in einzelnen Fällen über eine Stunde, und gehen mit einer Bewusstseinsstörung einher. Vor dem eigentlichen Ereignis wird häufig über Müdigkeit und Depressivität berichtet. Oft entkleiden sich die Betroffenen zu Beginn der Attacke. Das erste Stadium geht mit einem Gefühl von Schwindel und Benommenheit einher. Eine Empfindung aufsteigender Kälte ruft die Vorstellung hervor, dass das Boot leckt und mit Wasser vollläuft. Die Panik steigert sich bis zur Bewegungsunfähigkeit und zu illusionären Verkennungen der Umwelt. Anwesende berichten über Glossolalie sowie choreatische Bewegungen. Wenn der Jäger den Anfall überlebt, d.h. nicht ertrinkt, besteht für die Zeit der Panikattacke eine Amnesie, in den darauf folgenden Tagen wird über Übelkeit, Harndrang, Fieber, Schweißausbrüche und Fieber berichtet.

Auch in bäuerlichen und städtischen Kulturen treten Panikattacken ubiquitär auf (s. Abb. 30).

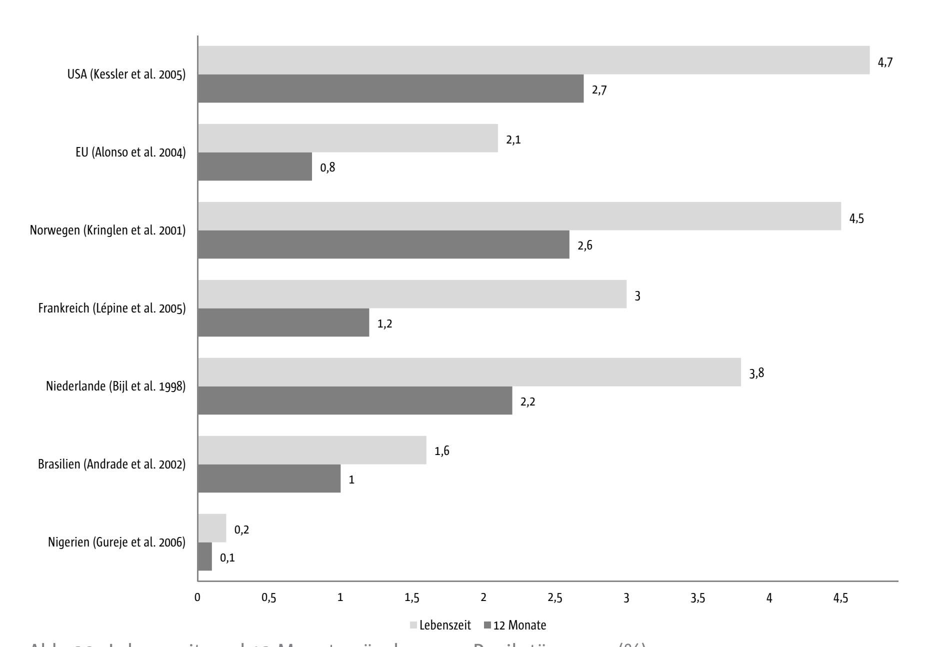


Abb. 30 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz von Panikstörungen (%)

Die vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass Panikerkrankungen in modernen Industriestaaten häufiger auftreten als in Schwellenländern wie Brasilien oder in Entwicklungsländern wie Nigeria. Wenn man davon ausgeht, dass es distale Ursachen wie genetische und familiendynamische Faktoren (hier vor allem frühkindliche Verluste) und proximale Auslöser wie berufliche Belastungen gibt, so wären die Unterschiede in der Prävalenz wohl eher auf die unmittelbaren Lebensumstände zurückzuführen. Auffällig ist, dass die 12-Monats-Prävalenz und die Lebenszeitprävalenz in Brasilien und Nigeria deutlich näher beieinanderliegen als in den europäischen Staaten und den USA. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Panikerkrankungen in Brasilien und Nigeria zwar deutlich seltener sind, jedoch häufiger zur Chronifizierung neigen.

Nicht nur bei der Prävalenz sondern auch bei der Phänomenologie von Panikattacken finden sich teilweise erhebliche Unterschiede. Kulturvergleichende Untersuchungen in den Vereinigten Staaten fanden höhere Raten von Parästhesien bei Afro-Amerikanern, Zittern bei karibischen Ladinos, Benommenheit bei einigen asiatischen Ethnien und Todesangst bei Arabern (Friedman u. Paradis 2002; Guarnaccia et al. 1996; Hinton u. Good 2009; Wagner et al. 2008). Diese kulturspezifischen Unterschiede werden auf dominante katastrophische Kognitionen zurückgeführt (Lewis-Fernandez et al. 2010). Werden derartige, vom Betroffenen gefürchtete Symptome „entdeckt", führt eine erhöhte Aufmerksamkeit in eine positive Rückkoppelungsschleife, was wiederum eine Steigerung der Intensität der Symptomatik bedingt.

Eine weitere Ursache sind lokale Unterschiede im Verständnis körperlicher Funktionen (*lokale Ethnophysiologien*). Gewisse Symptome sind dabei regelhaft mit anderen assoziiert. Dadurch schildern die Betroffenen in nicht-westlichen Ländern mitunter Erlebnisse, die von den Schemata der westlichen Ethnophysiologie deutlich abweichen. Kambodschaner etwa berichten, dass eine windähnliche Substanz (*khyal*) den Körper durchflutet (Hinton et al. 2006). Diese sogenannten Khyal-Attacken sind charakterisiert durch eine Mischung von spezifischen Paniksymptomen wie Schwindel und kulturspezifischen Symptomen, die der Khyal-Dysregulation zugeschrieben werden wie Tinnitus und Nackensteife. Diese beiden Symptome wiederum sind der Ausdruck katastrophischer Kognitionen über die Auswirkungen der Khyal-Dysregulation: ein Druckanstieg von Khyal während der akuten Angst kann zu einer Ruptur der Blutgefäße im Nacken, zu einem Gehörschaden oder einer Ohnmacht führen.

Andere Beispiele sind die oben beschriebene Kayak-Angst sowie *trúng gió* (windassoziierte Panikattacken mit Kopfschmerzen) in Vietnam oder *ataques de nervios* in Lateinamerika (Hinton et al. 2003; Guarnaccia et al. 1993; Lewis-Fernadez et al. 2002). Im karibischen Raum werden die Ataques de nervios als Ausdruck eines Kontrollverlustes gewertet. Ausgelöst werden sie durch starke Stressoren wie den unerwarteten Tod von Angehörigen. Häufig beschrieben werden Zittern, unkontrolliertes Weinen oder Schreien, selbst- oder fremdaggressives Verhalten sowie Depersonalisation und Derealisation. Weiterhin

sind während des Anfalls Hitzegefühle in Kopf, Nacken und Brust charakteristisch.

In ethnopsychiatrischen Studien werden also Symptome gefunden, die in den internationalen Diagnosesystemen nicht angeführt sind. Dieser Umstand könnte in manchen Ländern zu einer Unterschätzung der Häufigkeit von Panikattacken führen.

6.3 Generalisierte Angststörung

Unter die generalisierten Angststörungen werden anhaltende Symptome von Angst und Besorgnis zusammengefasst, die sich nicht auf bestimmte Situationen beschränken. Die Welt kann als bedrohlich und voller Risiken erscheinen. Unglücksfälle, Schicksalsschläge und Krankheiten werden für die eigene Person und für Angehörige befürchtet. Der Fokus der Sorge kann wechseln. Häufig sind starke Grübelneigung und Rückzug aus allen sozialen Bezügen zu finden. Permanente Anspannung und Nervosität führen fast zwangsläufig zu körperlichen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, gastrointestinalen Beschwerden und Schlafstörungen. An psychischen Symptomen finden sich Schwindelgefühle, Unsicherheit, Schwäche, Benommenheit, Derealisations- und Depersonalisationsgefühle, die Angst, verrückt zu werden oder zu sterben.

Wie Abbildung 31 zeigt, finden sich in Industrieländern aber auch Schwellenländern wie Brasilien vergleichbare Raten.

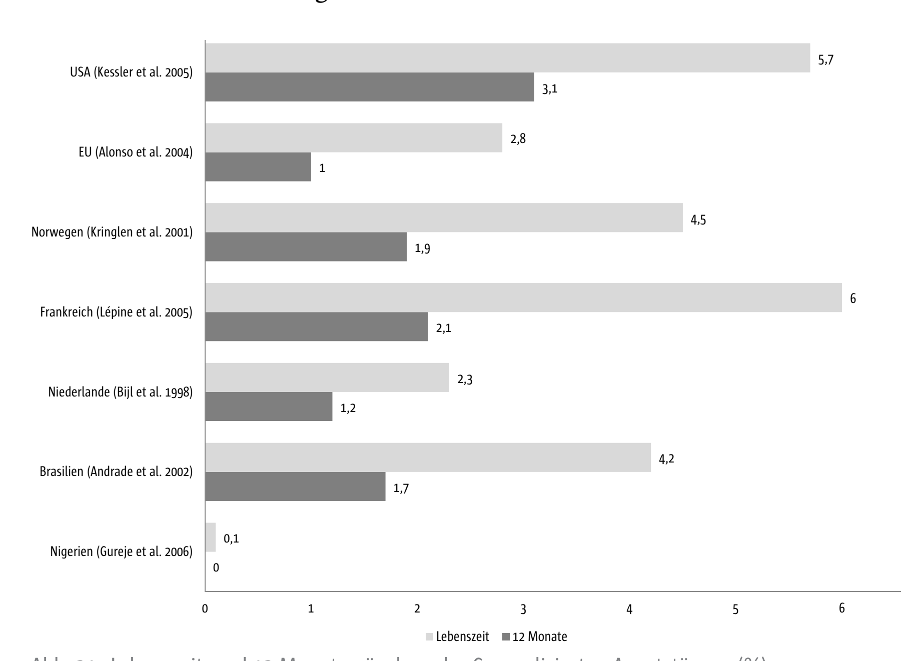


Abb. 31 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Generalisierten Angststörung (%)

In Nigeria dagegen ist die generalisierte Angststörung ein äußerst seltenes Krankheitsbild. Auch in anderen Studien an asiatischen und afrikanischen Populationen finden sich relativ niedrige 12-Monats-Prävalenzen: 0,4% in Mexiko (Medina Mora et al. 2005), 0,8% in China (Shen et al. 2006), 1,0% in Südkorea (Cho et al. 2007), 1,2% in Japan (Kawakami et al. 2005) und 1,4% in Südafrika (Williams et al. 2008). In Australien ist die Rate mit 3,6% ähnliche wie in Europa und in den USA (Hunt et al. 2002). In einer großen populationsbasierten Untersuchung in 17 Ländern war die 12-Monatsprävalenz in entwickelten Industriestaaten doppelt so hoch wie in den Entwicklungsländern (Lee et al. 2009).

Die Ursachen für die unterschiedlichen Verteilungen sind noch unklar. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um echte Prävalenzunterschiede handelt, es finden sich aber Hinweise, dass, ähnlich wie bei Panikstörungen, Menschen in traditionellen Kulturen mehr somatische als psychische Ängste erleben, weshalb die Häufigkeit der generalisierten Angststörung in Entwicklungsländern vermutlich unterschätzt wird (El-Rufaie et al. 1999; Hirai et al. 2006; Hoge et al. 2006).

6.4 Soziale Phobie

Zentrales Merkmal der sozialen Phobie ist eine übermäßige Angst in zwischenmenschlichen Situationen, in denen sich der Betroffene im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und der Bewertung durch andere erlebt. Es handelt sich zum Beispiel um das Redenhalten vor Publikum oder das Essen und Trinken in Gegenwart anderer Menschen. Bei manchen Betroffenen können allerdings bereits die Anwesenheit anderer eine Überforderung darstellen. Soziophobe Menschen befürchten, unzulänglich zu sein, den Erwartungen der Umwelt nicht zu entsprechen, sich zu blamieren oder zumindest peinlich aufzufallen, in Summe jedenfalls, negativ bewertet zu werden. Patienten mit sozialen Phobien sind aufgrund ihrer hohen Selbstansprüche besonders empfindlich gegenüber Kritik. Sie zeigen häufig Defizite in ihrer sozialen Kompetenz, starke Selbstzweifel und Selbstkritik. Im DSM-IV wird zwischen isolierten sozialen Phobien, die auf bestimmte Situationen begrenzt sind und der generalisierten sozialen Phobie, bei der nahezu alle zwischenmenschlichen Begegnungen als angstauslösend erlebt werden, unterschieden. Auffällig ist bei beiden Gruppen ein hohes Maß von Selbstaufmerksamkeit in sozialen Situationen. Charakteristische Symptome sind starke Ängste, sich in bestimmten sozialen Kontexten zu zeigen, Angst vor starken körperlichen Reaktionen wie Herzrasen, Schwitzen, Übelkeit, Atemnot oder Stimmversagen, die in exponierten Situationen auftreten können, dementsprechendes Vermeidungsverhalten und damit oft Defizite bei der Übernahme sozialer Verantwortung. Häufig finden sich mangelndes Selbstbewusstsein, Versagensängste und Unterlegenheitsgefühle, Furcht vor Kritik, Erröten, Zittern der Hände, Vermeidung von Blickkontakt, Übelkeit sowie Harndrang.

Den sozialen Phobien kommt vor allem in Japan und Korea eine große Bedeutung zu. Nach Kimura (1995) gibt es unter den zahlreichen neurotischen Symptomen keines, das die Strukturen der Subjektivität der Japaner so deutlich wiederspiegelt wie die Sozialphobie (japanisch *Taijin-kyofu*). Sie ist nach Ansicht der lokalen Experten in Japan deutlich häufiger anzutreffen als im Westen. Während die Menschen in Europa und Nordamerika befürchten, in einem ungünstigen Licht zu erscheinen, fürchten sie in Ostasien darüber hinaus, den anderen durch den eigenen Blick oder Geruch zur Last zu fallen. Den Grund dafür sieht Kimura in der Zugehörigkeit Japans zu den Schamkulturen. Das Selbst hat den Grund seines Bestehens nicht innerhalb des Subjekts, sondern konstituiert sich erst in Relation zur sozialen Gruppe. Der Blick der Anderen entscheidet in Japan daher in weitaus höherem Ausmaß über die Befindlichkeit des Individuums als im Westen. Bereits Kinder lernen, auf nonverbale Signale zu achten und daraus die psychischen Vorgänge des Gegenübers empathisch zu erschließen. Gemäß der konfuzianischen Haltung zur Harmonie bedarf es einer ständigen Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gefühle der anderen. Die Ich-Grenzen verfließen bis zur Identifikation. In Japan leiden Menschen mit Sozialphobien darüber hinaus unter einem narzisstischen Konflikt. Selbstgefälligkeit und der Drang, sich von anderen zu unterscheiden, trifft auf den gefühlsmäßigen Egalitarismus des Japaners, dem es wichtig ist, sich selbst als Menschen zu erleben, der sich von anderen nicht unterscheidet. Die Reaktionsbildung auf diese innerpsychischen Spannungen bedingt das häufige Vorkommen von Sozialphobien in Japan, aber auch in anderen ostasiatischen Staaten.

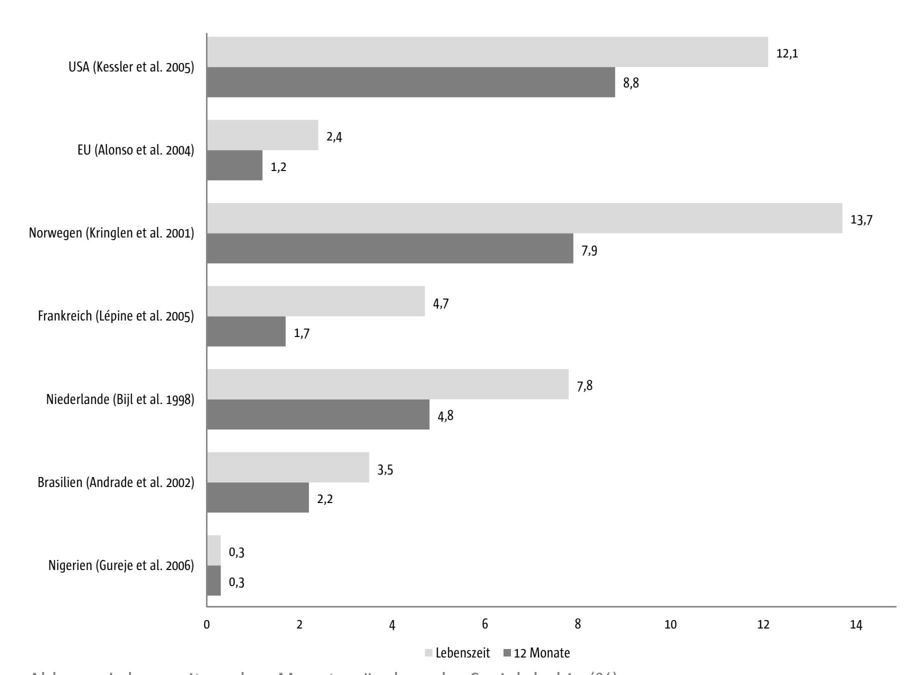


Abb. 32 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Sozialphobie (%)

Wenn man die vorliegenden populationsbasierten Untersuchungen zur Prävalenz der sozialen Ängste betrachtet, so zeigt sich ein ähnliches Muster wie bei den Panikstörungen (s. Abb. 32).

Sowohl die Lebenszeit- als auch die 12-Monats-Prävalenz ist in den europäischen Ländern und in den USA deutlich höher als in Brasilien und in Nigeria. Im Gegensatz zu den oben angeführten Annahmen japanischer und koreanischer Autoren finden sich auch in den ostasiatischen Staaten niedrigere Raten als in den Westlichen Ländern: 0,2% in Südkorea (Cho et al. 2007) und in China (Shen et al. 2006), 0,8% in Japan (Kawakami et al. 2005). Dies zeigt deutlich, dass mit den gängigen Definitionen der sozialen Phobie viele Fälle aus nichtwestlichen Kulturen nicht erfasst werden können. Eine deutliche Unterschätzung der realen Prävalenz ist die Folge.

6.5 Agoraphobie

Hauptmerkmal ist die Angst, einer möglichen Gefahrensituation nicht entkommen oder sich nur unter peinlichen Umständen in Sicherheit bringen zu können. Die Betroffenen zeigen ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, da in exponierten Situationen in unterschiedlichem Ausmaß Panikattacken auftreten können (s. Abb. 27). Die Angst kann auf das Betreten öffentlicher Plätze oder Geschäfte beschränkt sein, wobei es vor allem gilt, große Menschenansammlungen zu vermeiden. In ausgeprägten Fällen tritt die Angst allerdings schon innerhalb der Wohnung auf, sodass diese nicht mehr verlassen wird. Die Agoraphobie ist von vegetativen Symptomen wie Palpationen, Schweißausbrüchen, Tremor und Mundtrockenheit begleitet. Weiter können Hitze- oder Kältegefühle, Parästhesien oder Gefühllosigkeit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühle, Thoraxschmerzen, Übelkeit oder abdominelle Missempfindungen auftreten. An psychischen Symptomen schildern die Betroffenen Schwindelgefühl, Unsicherheit, Schwäche, Benommenheit sowie Depersonalisations- und Derealisationsgefühle. Ein weiteres Merkmal sind Erwartungsängste, die als intensives Angsterleben bereits vor dem Eintritt der entsprechenden Situation auftreten. Kern der Ängste agoraphobischer Patienten ist es, in einen akuten, körperlich bedrohlichen (Herzinfarkt, Schlaganfall) oder zumindest peinlichen Zustand (Durchfall, Erbrechen, spontaner Harnabgang) zu geraten. Besonders angstmachend ist die Vorstellung, beim Auftritt der Symptome nicht unverzüglich und ohne Aufsehen zu erregen, die entsprechende Situation verlassen zu können. Neben der eigentlichen phobischen Angst ist die Vermeidung der angstauslösenden Situationen das zweite wesentliche Merkmal der Agoraphobie.

Im Gegensatz zu den meisten anderen Angststörungen lässt sich beim transkulturellen Vergleich der Prävalenz der Agoraphobie kein nachvollziehbares Muster erkennen. Europäische Staaten wie Niederlande und Norwegen zeigen relativ hohe Raten, die USA dagegen deutlich niedrigere (s. Abb. 33).

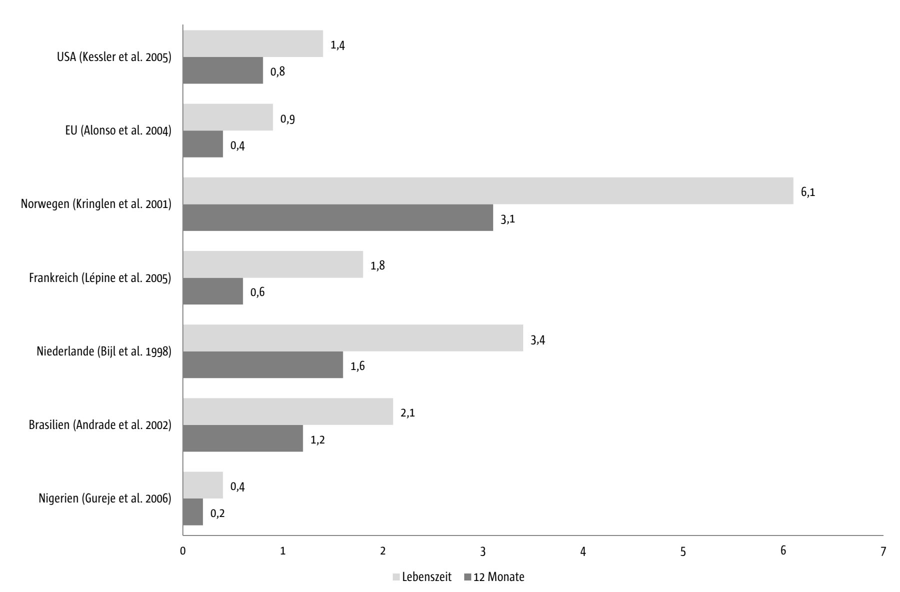


Abb. 33 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Agoraphobie (%)

Auch andere Untersuchungen bieten ein nicht näher interpretierbares Bild: In China beträgt die 12-Monats-Prävalenz 0% (Shen et al. 2006), in Japan 0,3% (Kawakami et al. 2005), in Australien 0,5% (Andrews et al. 2001), in Mexiko 0,7% (Medina-Mora et al. 2005), in Neuseeland 1,2% (Wells et al. 2006), bei den Mapuche Indianern in Chile 3,3% (Vincente et al. 2005) und in Südafrika 4,8% (Williams et al. 2008).

Es gibt wenige Studien, die sich mit den kulturellen Hintergründen der Agoraphobie auseinandersetzen. Eine Untersuchung an 5.491 Studenten (Arrindell et al. 2003) fand eine positive Korrelation zwischen der Agoraphobie-Skala der Fear Survey Schedule III und den alters- und geschlechtsadjustierten nationalen Maskulinitäts- und Femininitätsscores nach Hofstede (2001). Der nationale Maskulinitäts/Femininitäts-Score bezieht sich auf das Ausmaß, in welcher eine Kultur an geschlechtstypischen Verhaltensnormen festhält. Arrindell et al. (2003) schließen aus ihren Ergebnissen, dass ein eher weiblich orientierter Sozialisationsstil eine höhere Akzeptanz femininer Züge wie Unterwürfigkeit, Abhängigkeit und Sicherheitsbedürfnis nach sich zieht. Im Erwachsenenalter entwickeln sich aus diesen Persönlichkeitszügen häufiger agoraphobe Ängste als bei Menschen, die eine den männlichen Schemata entsprechende Sozialisation durchlaufen haben.

6.6 Einfache (spezifische) Phobien

Diese Störungsbilder zeichnen sich durch anhaltende Angst vor einem umschriebenen Objekt oder einer begrenzten Situation aus. Ein Teil dieser Ängste

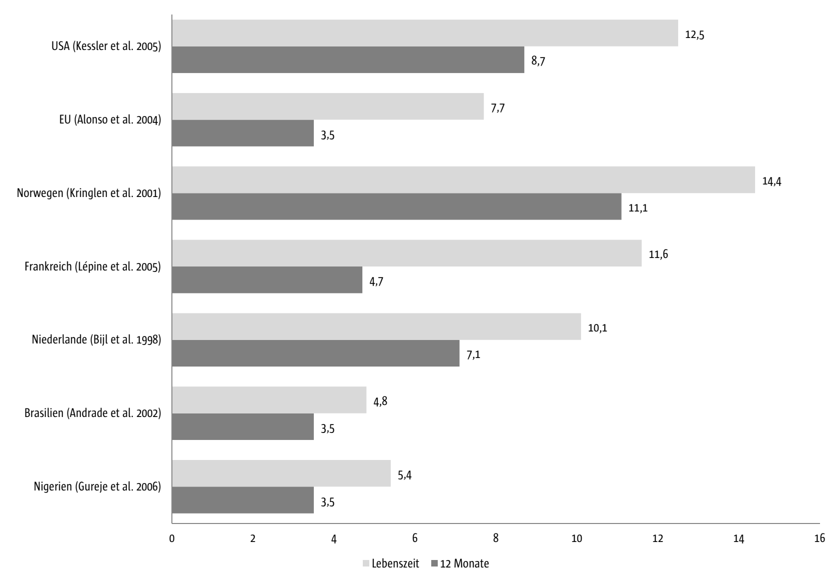


Abb. 34 Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der spezifischen Phobien (%)

ist stammesgeschichtlich erklärbar wie etwa phobische Ängste vor bestimmten Tieren (Spinnen, Schlangen, Hunden etc.) oder Situationen der natürlichen Umwelt (Höhen, Wasser, Gewitter etc.). Andere beziehen sich auf die Bedrohung der Integrität des menschlichen Körpers (Blut, Injektionsnadeln, Zahnarztbesuche) oder auf spezielle, mit dem modernen Leben verbundene Situationen (Flugzeuge, Aufzüge, Tunnels, Autofahrten). Die Intensität der Angst nimmt mit der Nähe zum auslösenden Stimulus zu. Wenn dieser vermieden werden kann, haben die Betroffenen hingegen keinen besonderen Leidensdruck. Spezifische Phobien, die in alltagsrelevanten Situationen auftreten, können jedoch zu ausgeprägten Leidenszuständen und zu dysfunktionalem Bewältigungsverhalten (Konsum von Alkohol oder Benzodiazepinen) führen.

Ähnlich wie bei den meisten anderen Formen von Angststörungen finden sich spezifische Phobien deutlich häufiger bei Europäern und Nordamerikanern als bei Brasilianern und Nigerianern (s. Abb. 34).

Auch in China mit 1,9% (Shen et al. 2006) und Japan mit 2,7% (Kawakami et al. 2005), 4% in Mexiko (Medina-Mora et al. 2005) und 4,2% in Südkorea (Cho et al. 2007) ist die 12-Monats-Prävalenz deutlich niedriger als in den Westlichen Staaten.

Der Inhalt der phobischen Ängste unterliegt kulturellen Variationen, die Datenlage dazu ist allerdings relativ schlecht. Untersuchungen in den USA zeigen, dass Afro-Amerikaner häufiger Angst vor Tieren haben, während sich Weiße mehr vor umschriebenen Situationen (Flugangst, Höhenangst, Angst vor medizinischen Eingriffen) fürchten (Chapman et al. 2008).

Zusammenfassend zeigen sich bei allen Angststörungen deutliche Unterschiede in der Prävalenz bei verschiedenen Kulturen, Ethnien und Nationen. Während dies ursprünglich auf die Verwendung unterschiedlicher Klassifikationen, Definitionen und Untersuchungsinstrumente in den einzelnen Studien zurückgeführt wurde, zeigt sich nun, dass auch dann deutliche Differenzen vorhanden sind, wenn es gelingt, die genannten Faktoren zu kontrollieren. Kritik an den absolutistischen Forschungsmethoden der transkulturellen Epidemiologie kommt vor allem von Seiten der Ethnopsychiatrie. Inzwischen ist die Erkenntnis, dass westliche Konzepte nicht voraussetzungslos auf andere Kulturen anwendbar sind, allgemein akzeptiert. Ob dies zu Konsequenzen in Forschung und Therapie führt, bleibt abzuwarten.

Literatur

Agorastos A, Ströhle A (2011) Angststörungen. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Urban u. Fischer München

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004) ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 420, 21–7

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R (2002) Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37(7), 316–325

Andrews G, Henderson S, Hall W (2001) Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. Br J Psychiatry 178, 145–153

Arrindell WA, Eisemann M, Richter J, Oei TP, Caballo VE, van der Ende J, Sanavio E, Bagés N, Feldman L, Torres B, Sica C, Iwawaki S, Hatzichristou C (2003) Cultural Clinical Psychology Study Group. Masculinity-femininity as a national characteristic and its relationship with national agoraphobic fear levels: Fodor's sex role hypothesis revitalized. Behav Res Ther 41, 795–807

Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33, 587–595

Canteras NS, Resstel LB, Bertoglio LJ, Carobrez Ade P, Guimarães FS (2010) Neuroanatomy of anxiety. Curr Top Behav Neurosci 2, 77–96

Chapman LK, Kertz SJ, Zurlage MM, Woodruff-Borden J (2008) A confirmatory factor analysis of specific phobia domains in African American and Caucasian American young adults. J Anxiety Disord 22, 763–771

Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, Bae JN, Lee DW, Park JI, Cho SJ, Lee CK, Hahm BJ (2007) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. J Nerv Ment Dis 195, 203–210

Delumeau J (1988) Angst im Abendland. Die Geschichte kollektiver Ängste im Europa des 14. bis 18. Jahrhunderts. Rowohlt Frankfurt am Main

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S, WHO World Mental Health Survey Consortium (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 291, 2581–2590

Ekman P (1973) Darwin and facial expression. Academic Press New York

Elfenbein HA, Ambady N (2002) On the universality and cultural specificity of emotion recognition: a meta-analysis. Psychological Bulletin 2, 203–235

El-Rufaie OE, Al-Sabosy MA, Bener A, Abuzeid MS (1999) Somatized mental disorder among primary care Arab patients: I. Prevalence and clinical and sociodemographic characteristics. J Psychosom Res 46, 549–555

Friedman S, Paradis C (2002) Panic disorder in African-Americans: symptomatology and isolated sleep paralysis. Cult Med Psychiatry 26, 179–198

Grammer K, Eibl-Eibesfeldt I (1993) Emotionspsychologische Aspekte im Kulturvergleich. In: Thomas A (Hrsg.) Kulturvergleichende Psychologie. 297–322. Hogrefe Göttingen Bern Toronto

Guarnaccia PJ, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M (1993) The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study. The role of culture in psychiatric epidemiology. J Nerv Ment Dis 18, 157–165

Guarnaccia PJ, Rivera M, Franco F, Neighbors C (1996) The experiences of ataques de nervios: towards an anthropology of emotions in Puerto Rico. Cult Med Psychiatry 20, 343–367

Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA (2006) Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. Br J Psychiatry 188, 465–471

Gussow Z (1985) Pibloktoq (Hysteria) among the polar Eskimos: An ethnopsychiatric study. In: Simons RC, Hughes CC (Hrsg.) The culture-bound-syndromes. Kluwer Dordrecht

Hinton D, Good B (Hrsg.) (2009) Culture and Panic Disorders. Stanford University Press Stanford

Hinton D, Hinton S, Pham T, Chau H, Tran M (2003) ‚Hit by the wind' and temperature-shift panic among Vietnamese refugees. Transcult Psychiatry 40, 342–376

Hinton DE, Pich V, Safren SA, Pollack MH, McNally RJ (2006) Anxiety sensitivity among Cambodian refugees with panic disorder: A factor analytic investigation. J Anxiety Disord 20, 281–295

Hirai M, Stanley M, Novy D (2008) Generalized anxiety disorder in Hispanics: symptom characteristics and prediction of severity. P Psychopathol Behav Assess 2006, 49–56

Hofstede G (2001) Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations. Sage Thousand Oaks

Hoge EA, Tamrakar SM, Christian KM, Mahara N, Nepal MK, Pollack MH, Simon NM (2006) Cross-cultural differences in somatic presentation in patients with generalized anxiety disorder. J Nerv Ment Dis 194, 962–966

Hunt C, Issakidis C, Andrews G (2002) DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychol Med 32, 649–659

Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T (2005) Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. Psychiatry Clin Neurosci 59, 441–452

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62, 593–602

Kimura B (1995) Zwischen Mensch und Mensch. Strukturen japanischer Subjektivität. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt

Kleinman A (1986) Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia, and pain in modern China. Yale University Press London

Kojima H (1999) Emotionale Entwicklung im kulturellen Kontext Japans. In: Friedlmeier W, Holodynski M (Hrsg.) Emotionale Entwicklung. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg Berlin

Kringlen E, Torgersen S, Cramer V (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study. Am J Psychiatry 158(7), 1091–1098

Lee S, Tsang A, Ruscio AM, Haro JM, Stein DJ, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet EJ, Demyttenaere K, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Iwata N, Karam EG, Lepine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Kessler RC (2009) Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. Psychol Med 39, 1163–1176

Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF (2005) Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. Encephale 31, 182–194

Lewis-Fernández R, Guarnaccia PJ, Martínez IE, Salmán E, Schmidt A, Liebowitz M (2002) Comparative phenomenology of ataques de nervios, panic attacks, and panic disorder. Cult Med Psychiatry 26, 199–223

Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, Patterson EH, Hofmann SG, Craske MG, Stein DJ, Asnaani A, Liao B (2010) Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. Depress Anxiety 27, 212–229

Lutz C (1988) Unnatural emotions. University Chicago Press Chicago

Margraf J, Schneider S (1989) Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

Markus HR, Kitayama S (1991) Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. Psychological Rev 98, 224–253

Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J (2005) Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychol Med 35, 1773–1783

Panksepp J (1998) Affective Neuroscience. The foundation of human and animal emotions. Oxford University Press New York

Parin P, Morgenthaler F, Parin-Matthey G (1993) Die Weißen denken zu viel. EVA München

Parkes SL, Westbrook RF (2011) Role of the basolateral amygdala and NMDA receptors in higher-order conditioned fear. Rev Neurosci. 22(3), 317–33

Pfeiffer W (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Thieme Stuttgart New York

Romney AK, Moore CC, Batchelder WH, Hsia T-L (2000) Statistical methods for characterizing similarities and differences between semantic structures. PNA 4, 518–523

Russel J, Fernandez-Dols J (1997) The psychology of facial expressions. Cambridge University Press New York

Saindon JE (1933) Mental disorders among the James Bay Cree. Primitive Men 6, 1–12

Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Cheng H, Tsang A, Lee S, Kessler RC (2006) Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. Psychol Med 36, 257–267

Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S (2005) Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. Int J Soc Psychiatry 51, 119–127

Wagner R, Silove D, Marnane C, Joukhador I (2008) Impact of culture on the experience of panic symptoms in Arab and Australian patients at a psychological clinic. Austr Psychol 43, 127–131

Wells JE, Browne MA, Scott KM, McGee MA, Baxter J, Kokaua J (2006) New Zealand Mental Health Survey Research Team. Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. Aust N Z J Psychiatry 40, 845–854

Wierzbicka A (1999) Emotions across languages and cultures. Diversity and universals. Cambridge University Press New York

Williams DR, Herman A, Stein DJ, Heeringa SG, Jackson PB, Moomal H, Kessler RC (2008) Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. Psychol Med 38, 211–220

7 Dissoziation und dissoziative Erkrankungen im Kontext der transkulturellen Psychiatrie

Thomas Wenzel und Li Jing Zhu

7.1 Transkulturelle Psychiatrie und belastungsabhängige Erkrankungen als Rahmen für den Diskurs zu dissoziativen Phänomenen

Die Auseinandersetzung mit anderen Kulturen und der Relativität eigener kultureller Modelle in der Psychiatrie hat eine lange und komplexe Vorgeschichte, für die Dissoziation als Phänomen und Krankheitsmodell als gutes Beispiel dienen kann (Degkwitz 1975).

Transkulturalität kann in diesem Zusammenhang in zweierlei Hinsicht verstanden werden:

1. als Auseinandersetzung mit den Modellen anderer Kulturen (die umgekehrt auch zu einer Reflexion der eigenen kulturabhängigen Modelle führen kann bzw. sollte)
2. oder als Beschäftigung mit den im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklungen wechselnden, kulturabhängigen Modellen von Krankheit, Gesundheit und Heilung.

Belastungsabhängige Erkrankungen sind in diesem Zusammenhang geeignet, um die Einbettung in die Kultur, die dynamische Entwicklung und die Interaktion mit dem sozialen Umfeld zu verdeutlichen. Im Rahmen der internationalisierten Modelle der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Degkwitz 1975) ist neben der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auch an dissoziative Störungen zu denken.

Die Bedeutungsveränderung des heute infolge des historischen Paradigmenwechsel eher unklaren Begriffs der „Dissoziation“ (Isaac u. Chand 2006), der in der ICD 10 weitgehend im Kontext der älteren Begriffe der Hysterie und der Konversionsstörung gesehen wird, kann in diesem breiteren Kontext besser verstanden werden.

7.2 „Sprachen“ der Belastung

Im Rahmen der transkulturellen Psychiatrie findet hier zunehmend der Begriff der belastungsabhängigen kulturabhängigen Reaktionen oder der „Idiome der Belastung“ („Idioms of distress“ [IOD] [van Duijl et al. 2010]) Anwendung. Diese beschreiben den vor allem von der Kultur geprägten Ausdruck von psychischer Belastung, Sorgen oder Konflikten auf verbaler oder nonverbaler Ebene. Sie entsprechen oft auch bestimmten Erwartungen der sozialen Umgebung an den Betroffenen und umgekehrt auch Erwartungen des Individuums an die Reaktion der Gruppe, die in einer Hilfestellung anderer im sozialen Netzwerk oder dem Verweis an bestimmte religiöse oder medizinische Experten besteht. So war es beispielsweise über viele Jahrhunderte in Europa üblich, in von sozialen Konflikten geprägten oder sonst belastenden Situationen kurz zusammenzusinken und unter Umständen sogar kurz das „Bewusstsein zu verlieren“ („faint“). In diesem Fall erfolgte meist sofortige Aufmerksamkeit, Zuwendung und Unterstützung, wie beispielsweise auch die Anwendung eines (Ammoniak) Riechfläschchens als Teil der Reaktion der Anwesenden (Veith 1965). Ein anderes gängiges Vorstellungsmodell war das des „vorzeitigen Alterns“ bei tiefgehendem Erschrecken – das Haar ergraut oder wird über Nacht „schlohweiß“ (siehe z.B. in Schubert: Der greise Kopf, Winterreise, D 911, Text Wilhelm Müller). Nicht nur durch den wesentlichen Beitrag der psychoanalytischen Bewegung und ihre Entstehung im Wien der Jahrhundertwende kann die „Hysterie“ jedoch als ein wesentliches, kulturabhängiges und damit dynamischen Veränderungen unterworfenes Krankheitsmodell (Veith 1965; Mace 1992; Scull 2009) unserer eigenen Kultur in dieser Zeit gesehen werden. Diese war bis zum Ende des 19. Jahrhunderts hinein von alten, unter anderem auch hippokratischen und vorhippokratischen Modellen geprägt (Hare 1991). Es wurde dabei davon ausgegangen, dass entweder „vapours“ (Ausdünstungen) oder die Bewegung des Organs selbst in Symptomen resultiert, was auch dazu führte, dass lange Zeit die Erkrankung als ausschließlich „weiblich“ gesehen wurde bzw. überwiegend nur bei Frauen diagnostiziert wurde. So fremd dieses Modell heute erscheint, ist zu berücksichtigen, dass alte Paradigmen und Konzepte – wie hier das des Uterus als krankem Organ bei heute als neurovegetativ und/oder Angstsymptomatik interpretierten Symptomen – erst langsam durch neue Modelle abgelöst werden. So kann man noch im frühen 20. Jahrhundert Schriften finden, die „folgerichtig“ als Intervention eine Hysterektomie empfehlen. Die schwerwiegenden Risiken und Belastungen für die Betroffenen bestanden allerdings in

unzureichender Anästhesie und hohem Komplikationsrisiko als indirekte Folge des heute verworfenen Krankheitsmodells.

Dissoziation und die heute in der ICD-10 in ausdrücklicher Nachfolge des „Hysterie“begriffs als „dissoziativ“ eingestuften Phänomene des Verlusts der Integration zwischen Bewusstsein, Gedächtnis und Motorik waren dabei in unterschiedlichsten Definitionen seit zumindest den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts ein wichtiges Thema des Diskurses in Medizin und Öffentlichkeit (Mace 1992; Jones u. Wessely 2004; Neill 1993). „Kriegszitterer“ und eine Reihe heute nicht mehr oder selten beobachteter belastungsabhängiger Symptome, die heute am ehesten entweder der PTBS, der Konversion bzw. den dissoziativen Störungen zuzuordnen wären, sind ebenfalls in diesem Kontext zu sehen. Syndrome ändern sich im Rahmen der Entwicklung einer Kultur und sind als Teil eines Dialogs zwischen der „öffentlichen“, „Alltagskultur“ und den medizinischen Systemen zu sehen.

Hypnose als neues medizinisches Therapiemodell aber auch als öffentliches Spektakel in Jahrmärkten und Séancen bediente sich dabei vor allem auch dissoziativer Mechanismen. Das besondere Interesse in den sich in dieser Zeit rasch entwickelnden psychologischen und psychotherapeutischen Schulen trug zu einer unterschiedlichen Interpretation und einer komplexen Entwicklung (Mace 1992) des Begriffes bei.

Die aktuelle Fassung des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) der American Psychiatric Association bezieht erstmals systematisch kulturabhängige „idioms of distress“ in das Diagnosesystem ein und ermöglicht erstmals eine auf qualitativen Forschungsmodellen beruhende kulturspezifische Diagnostik („Cultural Formulation Interview“). Dieses wird es unserem Eindruck nach in Zukunft ermöglichen, diesen wesentlichen Aspekt besser als derzeit im ICD-10-Modell zu berücksichtigen.

7.3 Dissoziation und verwandte Phänomene in der Definition der aktuellen WHO Klassifikationen

Das ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation (Degkwitz 1975) fasst eine Reihe der historisch zuzuordnenden Begriffe in der Kategorie F44 zusammen, und weist auf den möglichen Zusammenhang mit traumatischen Lebenserfahrungen hin. Es definiert:

> *„Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. (…) Die Symptome verkörpern häufig das Konzept der betroffenen Person, wie sich eine körperliche Krankheit manifestieren müsste. Körperliche Untersuchung und Befragungen geben keinen Hinweis auf eine bekannte somatische oder neurologische Krankheit. Zusätzlich ist der Funktionsverlust offensichtlich Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse …“*

Die ICD 10 ordnet dabei unterschiedliche Phänomene zu:

- F44.0 dissoziative Amnesie
- F44.1 dissoziative Fugue
- F44.2 dissoziativer Stupor
- F44.3 Trance- und Besessenheitsstörung
- F44.4–F44.7 dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung
- F44.4 dissoziative Bewegungsstörung
- F44.5 dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindlichkeitsstörungen
- F44.7 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt
- F44.8 sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- F44.80 Ganser Syndrom
- F44.81 multiple Persönlichkeitsstörung
- F44.82 vorübergehende dissoziative Störung
- F44.88 sonstige nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- F44.9 nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen (Konversionsstörung)

Forschung der letzten Zeit in Bezug auf dissoziative Störungen zielte in der Mehrheit der publizierten Studien auf kognitive Störungen bzw. Symptome im Bereich von Wahrnehmung, Mnestik und Bewusstsein, wie beispielsweise Störungen von Orientierung und Kurzzeitgedächtnis, Depersonalisation und Derealisation ab. In der Diagnostik wurden zu diesem Schwerpunkt Fragebögen wie die Dissociative Experiences Scale (Wiener 1992) sowie spezifische Experteninterviews wie der Dissociative Disorders Interview Schedule (Yargic et al. 1998) entwickelt.

In diesem Modell gehen viele Autoren von einer engen kausalen Beziehung zwischen Belastungen – insbesondere längerer Exposition gegenüber sexueller oder sexualisierter Gewalt in Kindheit oder Erwachsenenalter – und dissoziativen Phänomenen aus (Avdibegovic u. Sinanovic 2006; Bailey et al. 2007; Berger et al. 1994), die in diesem Zusammenhang oft mit z.B. Essstörungen (Berger et al. 1994) auftreten, allerdings ohne dass alle Betroffenen an einer dissoziativen Störung leiden. Epidemiologisch orientiere Publikationen zeigen dabei, dass dissoziative Phänomene auch in der Allgemeinbevölkerung relativ häufig beobachtet werden (Aderibigbe et al. 2001; Elmore 2000) und daher wahrscheinlich nicht allein posttraumatisch oder im Rahmen normativer Psychopathologie erklärt werden können. Viele Autoren fanden außerdem hohe Unterschiede in den Prävalenzen bei unterschiedlichen ethnischen Gruppen, die als Hinweis auf kulturelle Faktoren interpretiert werden können.

Trance als weiteres Beispiel aus dieser Gruppe ist in der transkulturellen Psychiatrie im Prinzip ein Sammelbegriff für ein breites Spektrum unterschiedlicher Veränderungen des Wachbewusstseins. Bereits die (ursprünglich aus Österreich stammende) Ethnologin Erika Bourguignon demonstrierte in einer

bis heute richtungweisenden Analyse vorhandener Daten (Bourguignon 1973; siehe auch Jones u. Wessely 2004), dass Trancezustände in den meisten Kulturen vorkommen und in der Regel nicht als pathologisch zu sehen sind, sondern wichtige Funktionen erfüllen können. Im Sinne der transkulturellen Psychiatrie (und in Übereinstimmung mit der ICD 10) sind dabei Trancen (oder im weiteren Sinne veränderte Wachbewusstseinszustände [VWBs]) nur dann als pathologisch und potenziell behandlungsbedürftig zu sehen, wenn sie in der entsprechenden Kultur als krankhaft interpretiert würden. Dies soll allerdings eine sorgfältige Differenzialdiagnostik im Zweifelsfall nicht ausschließen. Als Beispiele sind Besessenheitstrancen zu sehen, in denen die Erfahrung – wie beispielsweise in Umbanda – als erwünscht gesehen und „eingeladen“ wird, dabei jedoch meist vorgegebenen Regeln folgt und durch kulturgesteuerte Lernprozesse sowie Helfer in der Umgebung unterstützt wird. Erst wenn diese zu einer erheblichen Beeinträchtigung führen und nicht mehr kulturell vorgegebenen Rahmenbedingungen folgen, wird ein Experte – allerdings aufgrund der metaphysischen bzw. religiösen Interpretation eher ein Heiler – in der jeweiligen Tradition (Bourguignon 1973; Goodman et al. 1982) beigezogen. Die Entwicklung neurophysiologischer und bildgebender Verfahren ermöglichte in den letzten Jahren wichtige Beiträge zum verbesserten Verständnis biologischer Prozesse im Rahmen von veränderten Wachbewusstseinszuständen (VWZs) (Avner 2006) und legt eher ein Spektrum möglicher VWZs als ein einheitliches neurophysiologisches Muster nahe.

Trance wird in vielen Kulturen dabei durch Experten eingesetzt (im tungusisch-altaischen Raum beispielsweise durch Schamanen, die ein jahrelanges Training durchlaufen), um Heilungsprozesse beispielsweise durch die Rückholung einer „verlorenen Seele“ zu ermöglichen (Neill 1993). Hierbei werden in selteneren Fällen auch wachbewusstseinsverändernde Pflanzen eingesetzt. Meist erfolgt die Induktion aber durch andere Techniken (Goodman 1988). Kulturabhängig sind diesen Spezialisten dabei verschiedene Formen der Trance vorbehalten. In anderen Kulturen oder religiösen Gruppierungen, wie beispielsweise den Pfingstlerbewegungen, ist die Trance als Kommunikation mit Gott oder den Göttern Teil allgemein geteilter, religiöser Erfahrung. Wird Trance, wie etwa bei Formen der Besessenheitstrance, in denen „Teufel“ oder „Djinns“ unerwünscht vom Betroffenen Besitz ergreifen, als Bedrohung erlebt, liegt ein – im Sinne auch der WHO Definition (F 44.3) – pathologischer Zustand vor und Experten wie Priester werden beigezogen, um den unerwünschten Gast zu vertreiben. Eine Fallstudie aus unserer Kultur und Gegenwart ist dabei der Fall „Anneliese Michel“ (Goodman 1981), bei dem ein junges Mädchen während eines Exorzismus verstarb.

Idioms of Distress im Sinne des DSM-5 können als mögliches Modell angewandt werden, ohne Trancephänomene generell erklären zu können. Eine Gleichsetzung mit psychopathologischen Phänomenen erscheint aber ebenfalls durch das Vorliegen eines solchen „Idioms“ nicht gerechtfertigt, da oft kein Behandlungsauftrag oder Wunsch z.B. an medizinische Versorgung,

sondern eher ein soziales Interaktionsphänomen vorliegt, dass oft mit Zuwendung im sozialen Netzwerk beantwortet und „gelöst" wird.

Eine genaue Analyse der Bedeutung und Rahmenbedingungen von Trancephänomenen im kulturellen Gesamtkontext ist hier ebenfalls einer vereinfachten und aus dem Kontext herausgenommenen Einschätzung vorzuziehen.

7.4 Behandlung und Behandlungsbedarf

Unter Berücksichtigung aller bisherigen Modelle erscheint es sinnvoll, davon auszugehen, dass dissoziative Phänomene ein Spektrum von Phänomenen beschreiben, das von normalen Alltagsphänomenen zu Symptomen schwerwiegender und für den Betroffenen belastenden Erkrankungen unterschiedlicher Ätiologie führt, die nicht sicher durch ein einheitliches Modell integriert werden können. Am einen Ende stehen dabei gängige Alltagserfahrungen wie das Tagträumen in langweiligen Alltagssituationen, aus denen man sich rückorientieren muss. Am anderen Ende stehen indes tiefergehende und unter Umständen schwer kontrollierbare Formen, wie zum Beispiel die im öffentlichen Diskurs beliebte, in der Praxis aber eher seltenere, dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsentwicklung) (International Society for the Study of Trauma and Dissociation 2011; Abrams 1983) als Folge des Überlebens in einer traumatischen Familienumgebung oder die bereits angesprochenen, pathologischen Formen der Besessenheitstrance.

Dissoziative Reaktionen können im Kontext von Belastungen auch als ursprünglich adaptiv gesehen werden, da sie als „dritte Option" in einer Bedrohungssituation, in der dem Betroffenen z.B. bei anhaltendem Missbrauch weder Kampf noch Flucht möglich ist, die physisch oder psychisch zu belastende bewusste Erfahrung aus dem bewussten Erleben oder Erleiden abspaltet. Sie sind daher in vielen Situationen als „normale" Reaktion auf ungewöhnliche Situationen und Belastungen zu sehen (Wenzel 2007). Erst wenn sie nach Abklingen der Gefahrensituation auch durch harmlose Alltagssituationen „getriggert" werden oder Teil einer komplexeren, „neurotischen" Entwicklung werden und erheblich mit diesen interferieren, z.B. ein Lernen in der Schule unmöglich machen, werden sie zu einem Problem das Behandlung erfordert. Sie sind in diesem Zusammenhang auch als Zeichen einer möglichen Belastungssituation oder Traumatisierung ernst zu nehmen.

Es überrascht daher nicht, dass dissoziative Phänomene bzw. Symptome weiter als mögliche oder „assoziierte" Symptome im Rahmen anderer psychischer Reaktionen und Erkrankungen, besonders bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD 10 F 43.1) oder wie bereits beschrieben bei sexueller Gewalt, im Kontext mit Borderlinestörungen (Chu u. Dill 1991) oder Essstörungen (Berger et al. 1994) auftreten. Dissoziative Reaktionen bei besonderen Belastungserlebnissen, die im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion oder

als eigenständige Phänomene auftreten, werden von einigen Autoren als Zeichen nicht erfolgreichen Copings und als Prädiktor einer späteren PTBS gesehen (Bryant 2003).

Obwohl eine Psychotherapie als wichtigster Aspekt einer Behandlung zu sehen ist, ist die Einbindung in einen erweiterten interdisziplinären und methodenintegrativen Ansatz nach sorgfältiger Differenzialdiagnostik besonders bei schweren Belastungen als Auslöser der Symptomatik dringend erforderlich (Spitzer et al. 1996). Das kulturabhängige Ausdrucksverhalten unter Belastung („Idiom of Distress") und der kulturelle Rahmen sollten dabei besonders berücksichtigt werden. Aus dem kulturellen Kontext angebotene Heilungsmodelle sind in diesem Zusammenhang als Möglichkeit der transkulturellen Praxis zu erheben und falls sinnvoll und möglich einzubinden, sofern ein sinnvoller Behandlungsauftrag abgeleitet werden kann.

7.5 Forensische Relevanz

Die bisherige Übersicht hat deutlich gemacht, dass die derzeit (noch) aktuelle ICD Klassifikation in Bezug auf diagnostische Kategorien in diesem Punkt mit Vorsicht zu sehen ist und sehr unterschiedliche Phänomene vor dem Hintergrund biologischer, erfahrungsabhängig-individueller und kultureller Faktoren vorliegen können. Eine sorgfältige Analyse dieser Faktoren im Einzelfall ist daher vereinfachenden Generalisierungen auf der Basis der unklaren Begriffsverwendungen oder der Beschränkung auf spezifische Fragebogeninstrumente vorzuziehen (Brand et al. 2006; Sparr u. Atkinson 1986). Die Einbeziehung des DSM kann zumindest im Bereich transkultureller Fragestellungen wahrscheinlich zu einer deutlichen Verbesserung führen. Fragestellungen können dabei sowohl Täter wie Opfer (Werner u. Werner 2008) betreffen. In Bezug auf Fragestellungen bei Opfern kann das Istanbul Protokoll der Vereinten Nationen als Beispiel für eine differenzierte Richtlinie zur forensischen Begutachtung angeführt werden (United Nations 2001; Perera u. Verghese 2011).

- Einschränkung von Bewusstsein, Auffassung, Mnestik, Urteilsfähigkeit sowie zeitlicher und örtlicher Orientierung
- Einschränkung motorischer Funktionen im Rahmen eines funktionellen Geschehens
- Abhängigkeit dieser Beeinträchtigung von situativen Faktoren
- als Hinweis auf (über längere Zeit anhaltende) Erfahrung sozialer Gewalt, besonders sexueller Natur
- als kulturspezifisches Phänomen in unterschiedlichem Kontext, beispielsweise bei traumatisierten Flüchtlingen in Asylverfahren
- Beeinträchtigung und Störung von Wohlbefinden und spezifischen oder Alltagsaktivitäten

7.6 Differenzialdiagnose

Auf Differenzialdiagnostik und Behandlung kann im Rahmen dieses Artikels nur kurz eingegangen werden. Auch bei hirnorganischen und zahlreichen neurologischen Krankheitsbildern, beispielsweise bei hirnlokalen Psychosyndromen, Schädelhirntrauma (Broomhall et al. 2009) und Epilepsien (Alper et al. 1997), oder bei Substanzgebrauch können sowohl dissoziative Symptome als auch diesen ähnliche Symptome auftreten, sodass eine sorgfältige differenzialdiagnostische Abklärung auch bei scheinbar eindeutig psychologischen Auslösern dringend indiziert ist.

Zusammenfassung

Dissoziative Phänomene sind Teil alltäglicher psychologischer Mechanismen. Dissoziative Störungen entstehen meist in Belastungssituationen und sind in ihrer Ausprägung oft kulturabhängig zu verstehen. Eine Differenzialdiagnostik zur Abgrenzung von anderen, z.B. hirnorganischen Auslösern oder Symptomen, ist allerdings wesentlich.

Dieser Beitrag basiert auf einem Übersichtsartikel der Autoren in Spectrum Psychiatrie (Zhu et al. 2011). Mit freundlicher Genehmigung der MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH.

Literatur

Abrams S (1983) The multiple personality: a legal defense. Am J Clin Hypn 25(4), 225–31

Aderibigbe YA, Bloch RM, Walker WR (2001) Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 36(2), 63–9

Alper K, Devinsky O, Perrine K, Luciano D, Vazquez B, Pacia S. Rhee E (1997) Dissociation in epilepsy and conversion nonepileptic seizures. Epilepsia 38(9), 991–7

Avdibegovic E, Sinanovic O (2006) Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. Croat Med J 47(5), 730–41

Avner JR (2006) Altered states of consciousness. Pediatr Rev 27(9), 331–8

Bailey HN, Moran G, Pederson DR (2007) Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. Attach Hum Dev 9(2), 139–61

Berger D, Saito S, Ono Y, Tezuka I, Shirahase J, Kuboki T, Suematsu H (1994) Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. Acta Psychiatr Scand 90(4), 274–80

Bourguignon E (1973) Religion, altered states of consciousness, and social change. Ohio State University Press Columbus

Brand BL, McNary SW, Loewenstein RJ, Kolos AC, Barr SR (2006) Assessment of genuine and simulated dissociative identity disorder on the structured interview of reported symptoms. J Trauma Dissociation 7(1), 63–85

Broomhall LG, Clark CR, McFarlane AC, O'Donnell M, Bryant R, Creamer M, Silove D (2009) Early stage assessment and course of acute stress disorder after mild traumatic brain injury. J Nerv Ment Dis 197(3), 178–81

Bryant RA (2003) Acute stress reactions: can biological responses predict posttraumatic stress disorder? CNS Spectr 8(9), 668–74

Chu JA, Dill DL (1991) Dissociation, borderline personality disorder, and childhood trauma. Am J Psychiatry 148(6), 812–3

Degkwitz R (1975) World Health Organization. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten: deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO, ICD (International classification of diseases). 4., korregierte und erweiterte Auflage. Springer-Verlag Berlin New York

Elmore JL (2000) Dissociative Spectrum Disorders in the Primary Care Setting. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2(2), 37–41

Goodman FD (1981) The exorcism of Anneliese Michel. 1. Auflage. Doubleday Garden City N.Y.

Goodman FD, Henney JH, Pressel E (1982) Trance, healing, and hallucination: three field studies in religious experience. R.E. Krieger Pub. Co. Huntington N.Y.

Goodman FD (1988) Ecstasy, ritual and alternate reality: religion in a pluralistic world. Indiana University Press Bloomington

Hare E (1991) The history of ‚nervous disorders' from 1600 to 1840, and a comparison with modern views. Br J Psychiatry 159; 37–45

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. J Trauma Dissociation 12(2), 188–212

Isaac M, Chand PK (2006) Dissociative and conversion disorders: defining boundaries. Curr Opin Psychiatry 19(1), 61–6

Jones E, Wessely S (2004) Hearts, guts and minds: somatisation in the military from 1900. J Psychosom Res 56(4), 425–9

Mace CJ (1992) Hysterical conversion. A history. Br J Psychiatry 161, 369–77

Neill JR (1993) How psychiatric symptoms varied in World War I and II. Mil Med 158(3), 149–51

Perera C, Verghese A (2011) Implementation of Istanbul Protocol for effective documentation of torture – review of Sri Lankan perspectives. J Forensic Leg Med 18(1), 1–5

Scull AT (2009) Hysteria: the biography. Oxford University Press Oxford New York

Sparr LF, Atkinson RM (1986) Posttraumatic stress disorder as an insanity defense: medicolegal quicksand. Am J Psychiatry 143(5), 608–13

Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler C (1996) Hysteria, dissociation and conversion. A review of concepts, classification and diagnostic instruments. Psychiatr Prax 23(2), 63–8

United Nations (2001) Office of the High Commissioner for Human Rights. Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. United Nations New York

van Duijl M, Nijenhuis E, Komproe IH, Gernaat HB, de Jong JT (2010) Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda. Cult Med Psychiatry 34(2), 380–400

Veith I (1965) Hysteria: the history of a disease. University of Chicago Press Chicago

Wenzel T (2007) Torture. Curr Opin Psychiatry 20(5), 491–6

Werner J, Werner MC (2008) Child sexual abuse in clinical and forensic psychiatry: a review of recent literature. Curr Opin Psychiatry 21(5), 499–504

Wiener A (1992) The Dissociative Experiences Scale. Am J Psychiatry 149(1), 143–4

Yargic LI, Sar V, Tutkun H, Alyanak B (1998) Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. Compr Psychiatry 39(6), 345–51

Zhu LJ, Fabian F, Wenzel T (2011) Dissoziation und dissoziative Erkrankungen im Kontext der transkulturellen Psychatrie. Spectrum Psychiatrie 1, 36–38

8 Kultur und somatoforme Störungen

Martin Aigner

Einleitend soll bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Kultur und somatoformen Störungen zunächst der Begriff „Kultur" kurz beleuchtet werden. Kultur befindet – und befand sich schon immer – in Veränderung und Bewegung mit den Menschen, die sie praktizieren. Kultur kann heute nicht mehr als ein einheitlicher Komplex von Sitten und Gebräuchen verstanden werden, der an ein bestimmtes Territorium, eine Region oder eine Nation gebunden ist, wie es in den klassischen Theorien der Ethnologie, Völker- oder Volkskunde üblich war. Kultur wird zwar weiterhin als sozial verbindendes Bedeutungssystem verstanden, allerdings muss Kultur in sich heterogener gedacht werden, als es bisher der Fall war. Der Begriff „Medicoscape" scheint hier sehr brauchbar zu sein, um diesen flexiblen Kulturbegriff im medizinischen Bereich zu beschreiben. Unter Medicoscapes versteht man weltweit verstreute „Landschaften" von Personen und Organisationen im heilkundlich-medizinischen Bereich, welche sich lokal verdichtet an einem Ort darstellen können, aber zugleich räumlich weit entfernte Orte, Personen und Organisationen miteinander verbinden. Zu einem Medicoscape zählen unter anderem international Therapiesuchende, Therapie offerierende Personen, weltweit agierende Pharmakonzerne, die Weltgesundheitsorganisation (WHO), traditioneller Heiler, regionale Heilpraktiken, global verbreitete Therapieformen – eben alle, die zu einem Medizinbereich beitragen und teilnehmen (Hörbst u. Krause 2004). Diese „Medizinlandschaften" haben bestimmte Begriffe, wie eben in dem vorliegenden Fall „somatoforme Störungen", als „Kristallisationspunkte" und überlappen bzw. grenzen sich ab gegenüber anderen Medicoscapes. Neben der Effizienz der Therapie entscheiden soziale Akzeptanz und der damit verbundene Umgang in der Gesellschaft über den „Erfolg" oder „Misserfolg" der verschiedenen Medicoscapes.

8.1 Kultureller Einfluss auf Symptom-Präsentation

Im Medizinsystem neigen Patienten dazu, Symptome zu präsentieren, die „medizinisch richtig“ sind, d.h. Symptome, die Ärzte erwarten und verstehen. Somatische Symptome sind leichter zu erkennen/benennen und weniger stigmatisierend als psychische Symptome und können daher auch entsprechend leichter kommuniziert werden. Zudem versehen wir Gefühle mit „somatischen Markern“ (Birbaumer u. Schmidt 2006). Insbesondere dann, wenn Sprachbarrieren komplexe innerpsychische Konstrukte kaum in kurzer Zeit kommunizierbar machen, wird die Kommunikation über die körperliche Ebene verstärkt. In den meisten Kulturen wird psychosozialer Stress in körperliche Symptome „transformiert“ (Kleinman 1987). Dieser Prozess kann als **Somatisierung** beschrieben werden. Somatisierung kann also als ein Prozess gesehen werden, in dem die Patienten *physische Symptome* erleben, bei denen *psychologischer* Stress eine wesentliche Rolle spielt, die die Patienten jedoch hauptsächlich auf physische Ursachen zurückführen und daher im medizinischen Kontext medizinische Hilfe suchen. In der „WHO Cross-National Study“ von Gureje et al. (1997) wurde die Häufigkeit klinisch relevanter Somatisierung in 14 Ländern im Primärversorgungsbereich untersucht. Dabei wurden 5.438 Patienten mittels des Somatic Symptom Index (4/6) befragt, ob sie unter mindestens 4 – für Männer – bzw. mindestens 6 – für Frauen – körperlichen Symptomen leiden, für die es keine ausreichende medizinische Erklärung gibt. Im Mittel erreichten oder überschritten 19,7% der Untersuchten diese Screeninggrenze. Die Bandbreite in den verschiedenen Ländern bewegte sich zwischen 7,6% und 36,8% der Befragten (Gureje et al. 1997). Diese Studie belegt eine gewisse Schwankungsbreite in der Häufigkeit der Somatisierung, die natürlich kulturabhängig sein dürfte. Grundsätzlich findet sich jedoch das Prinzip der Somatisierung in allen untersuchten Populationen. D.h. psychosozialer Stress ist mit körperlichen Symptomen verbunden, der Menschen dazu bringt, im Medizinsystem Hilfe zu suchen. Psychosozialer Stress erfordert eine Verhaltensänderung, um Stresssituationen durch adaptives Verhalten bewältigen zu können. Emotionen können als psychophysische Prozesse verstanden werden, die die Verhaltensbereitschaft verändern. Entsprechend sind Emotionen notwendig, um durch innerpsychische Signale und interpersonelle Kommunikation zur Verhaltensanpassung und Bewältigung der Stresssituationen führen zu können. Emotionen gehen als psychophysische Prozesse mit körperlichen („somatoformen“) Symptomen einher. Bei den physiologischen Emotionssystemen, wie dem Kampf-Flucht-System (Gray 1982) als in der Evolution herausgebildete Vorbereitung des Körpers für das Kampf-Flucht-Verhalten, sind die körperlichen Symptome noch sehr uniform und kulturübergreifend. Mit der Zunahme der Komplexität des Verhaltensrepertoires haben sich die „Basisemotionen“ herausgebildet (z.B. die 7 Basisemotionen nach Paul Ekmann: Fröhlichkeit, Wut, Ekel, Furcht, Verachtung, Traurigkeit und Überraschung), die elementar und ebenfalls kulturübergreifend gefunden werden können. Eine weitere Komplexitätssteigerung unseres Verhaltens-

repertoires erfordert schließlich sekundäre Emotionen bis hin zu Schemata, um „differenzierte Verhaltensbereitschaften“ zu ermöglichen, wie sie in einer komplexen modernen Gesellschaft notwendig sind. Kommt es bei den physiologischen Emotionsprozessen und Basisemotionen noch über die Kulturen hinweg zur Aktivierung ähnlicher neuronaler Netzwerke und damit auch ähnlicher körperlicher Symptome, so kommt es bei sekundären Emotionen bis zu den Schemata zu kulturell geformten „neuronalen Netzwerken“ und damit auch zu kulturell beeinflussten Symptombildungen. Die Gefühle (als subjektiver Anteil der Emotion) werden dabei mit „somatischen Markern“ (Birbaumer u. Schmidt 2006) wiedererkennbar gemacht. Transkulturelle Studien mit bildgebenden Verfahren haben nachgewiesen, dass der eigene kulturelle Hintergrund die neuronale Aktivität, die kognitiven Funktionen zugrunde liegt, beeinflussen kann. Die Ergebnisse ergeben einen neuartigen Ansatz durch die Unterscheidung von kultur-abhängigen und kultur-unabhängigen neuronalen Mechanismen der menschlichen Wahrnehmung (Han u. Northoff 2008) und damit auch kulturübergreifenden und kulturabhängigen Mustern körperlicher Symptome bei psychosozialem Stress, wobei natürlich keine Begriffsbildung „kulturunabhängig“ ist. Dennoch kann versucht werden kulturübergreifende Gemeinsamkeiten zu finden, wie dies in den globalen Diagnosesystemen z.B. des ICD-10 (WHO 1994) und DSM-IV (APA 1994) für die verschiedenen Diagnosekategorien wie z.B. für die somatoformen Störungen versucht wird. Darüber hinaus wird es notwendig sein, auch auf kulturelle Besonderheiten einzugehen, wie dies in Form der „culture bound syndromes“ in den Diagnosesystemen ebenfalls der Fall ist.

8.2 Kulturgebundene Syndrome („culture bound syndromes“)

Ob kulturgebundene Syndrome tatsächlich „existieren“, ist innerhalb der evidenzbasierten Medizin umstritten. Vor allem zwischen Anthropologen und Psychiatern wird die Frage kontrovers diskutiert. Diese Diskussion ist jedoch nur eine Frage des Standpunktes: Im Rahmen der Anthropologie werden kulturspezifische Aspekte besonders betont. Im Rahmen der Psychiatrie werden eher universelle neuropsychologische Erklärungsansätze gesucht. Beide Ansätze können jedoch in der transkulturellen Psychiatrie gewinnbringend verbunden werden. Der Ansatz, universelle Modelle für Krankheiten zu entwickeln, ermöglicht zum Beispiel den Einsatz von modernen Therapiestrategien wie Psychopharmaka, aber natürlich auch evidenzbasierter Verfahren wie Psycho- oder Physiotherapie. Andererseits sollten in einem ressourcenfördernden psychotherapeutischen Setting die jeweiligen kulturellen Ressourcen für eine Symptom- und Krankheitsbewältigung nicht unterschätzt werden. So ist es weniger wichtig, ob diese Syndrome „existieren“ oder nicht, sondern ob man mittels transkultureller Kompetenz und „globalisierter“ Diagnostik beide Ansätze für eine gelungene Therapie, für eine gelungene Bewältigung, verbinden kann.

Kulturgebundene Syndrome werden kulturintern als echte Krankheit eingestuft. Sie haben innerhalb der jeweiligen Kultur einen großen Bekanntheitsgrad. In anderen Kulturen hingegen „fehlt die Kenntnis“ über diese Krankheit, es gibt keine nachweisbaren biochemischen oder organischen Ursachen und die Diagnose sowie die Therapie erfolgen meist innerhalb der lokalen Volksmedizin. Einige kulturgebundene Syndrome können körperliche Symptome (z.B. Schmerzen, funktionelle Körperstörungen) aufweisen, während andere sich ausschließlich in Verhaltensstörungen äußern. Wird diese Definition mit der Definition der somatoformen Störungen verknüpft, ergeben sich die kulturgebundenen „somatoformen“ Störungen. Zentrale Punkte dieser „Störungsgruppe“ sind demnach:

- psychische und/oder somatische Symptome, die auf eine bestimmte Gesellschaft oder Kultur beschränkt sind
- biochemische Ursachen oder Organveränderungen sind dabei nicht nachweisbar

Der Punkt „in anderen Kulturen ist das Krankheitsbild unbekannt“ bzw. „auf eine bestimmte Gesellschaft oder Kultur beschränkt“ kann in einer globalisierten Informationsgesellschaft kaum aufrechterhalten werden. Ein Medicoscape einer bestimmten Störung lässt sich eben nicht auf eine bestimmte Menschengruppe beschränken, sondern unterschiedliche Menschen nehmen unterschiedlich intensiv daran teil oder grenzen sich unterschiedlich stark davon ab.

8.3 Kulturgebundene „somatoforme“ Störungen

Im Folgenden sollen einige kulturgebundene „somatoforme“ Störungen näher beschrieben werden. Der Begriff „somatoform“ ist dabei allerdings als problematisch anzusehen und sollte durch den Begriff „somatisch“ bzw. „körperlich“ ersetzt werden. Wie oben bereits diskutiert, sind Emotionen eben psychophysische Prozesse, die psychische und physische Anteile vereinen. Die körperlichen Symptome sind daher „echt“ und sehen nicht nur so aus wie körperliche Symptome. Die Krankheitswertigkeit und Bedeutung der Symptome kann allerdings unterschiedlich gesehen werden. Bei den „somatoformen Störungen“ wird das körperliche Symptom von den Patienten typischerweise katastrophisiert und im medizinischen Kontext um eine entsprechende Hilfe gesucht – eben „somatisiert“. Je nachdem, welche Symptome bzw. Symptomkomplexe besonders beachtenswert für die Teilnehmer an einem Medicoscape sind, kommt es zur Herausbildung von Diagnosebegriffen, die als kulturgebundene „somatoforme“ Symptome gesehen werden können:

Dhat (in Indien [jiryan], in Sri Lanka [sukra prameha], in China [shen-k’uei]) kann als eine kulturgebundene somatoforme Störung angesehen werden, mit hypochondrischen Ängsten und Sorgen, die sich auf den Verlust von Sperma

beziehen, die weißliche Verfärbung des Urins sowie das Gefühl von Schwäche und Erschöpfung. Stehen die hypochondrischen Ängste im Vordergrund könnte das Syndrom als Hypochondrie klassifiziert werden. Sind die körperlichen Beschwerden im Vordergrund, dann könnte zum Beispiel nach ICD-10 (WHO 1994) eine autonome somatoforme Funktionsstörung diagnostiziert werden, wenn sich die Beschwerden nur auf das Genitalsystem beziehen, oder eine Neurasthenie, wenn die Schwächegefühle das klinische Bild dominieren. Da natürlich das Grundkonzept der Störung die Wertigkeit der Symptome entscheidend mitbestimmt, haben kulturgebundene Erklärungen eine wichtige Bedeutung.

Koro (malaiisch; etymologisch strittig, vielleicht „schrumpfend" oder „Schildkröte[nkopf]") beschreibt eine in Indonesien und Malaysia vorkommende Störung. In China wird diese Suo yang (Mandarin) oder Shuk yang, S(h)ook yong (Kantonesisch) („schrumpfender Penis") genannt. Im Westen wird übergreifend vom Syndrom der genitalen Retraktion (SGR) oder „genital retraction syndrome" gesprochen. Die Störung besteht in der hypochondrischen Angst, dass der eigene Penis schrumpfe oder sich in den eigenen Körper zurückziehe und man davon sterbe. Bei Frauen bezieht sich die Angst natürlich auf die weiblichen Geschlechtsorgane. Nach einer Überblicksarbeit der nicht epidemischen Koro-Fallberichte zwischen 1954 bis 2005 von Garlipp (2008) sind die Fallberichte jedoch nicht auf den asiatischen Raum beschränkt, sondern können praktisch über die ganze Welt verstreut gefunden werden, also quasi ein Medicoscape „Koro".

8.4 Brain-Fag, Chronic Fatigue Syndrome

Brain-Fag wurde bei Westafrikanischen Studenten in den 1960er „gefunden". Doch der Begriff „brain fag" taucht schon 1852 in USA auf, um ein Überlastungssyndrom zu charakterisieren („überlastetes Gehirn") und 1877 als „psychische Erschöpfung" ähnlich wie die Neurasthenie oder das „chronic fatigue syndrom" (CFS). CFS ist durch schwere chronische Müdigkeit für mindestens sechs Monate oder länger charakterisiert und für die Diagnose müssen 4 oder mehr der folgenden Symptome auftreten:

- nach Belastung Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen
- nicht erholsamer Schlaf
- Muskelschmerzen
- Multi-Gelenkschmerzen
- empfindliche zervikale oder axilläre Lymphknoten
- Halsschmerzen
- Kopfschmerzen

8.5 Fibromyalgie

Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) (engl.: fibromyalgi; überlappende Begriffe und Synonyme: Fibrositis, Myitis chronica, Myofaszitis, Myodysneuria, rheumatische Myositis, noduläre Fibromyositis, fibropathisches Syndrom, muskulärer Rheumatismus, …) wurde 1990 im westlichen medizinischen Kontext durch das American College of Rheumatology (ACR) genauer definiert: Es ist gekennzeichnet durch Muskelschmerzen der oberen und unteren Extremitäten sowie der rechten und linken Körperhälfte, der Wirbelsäule und der vorderen Thoraxwand über 3 Monate, wobei mindestens 11 von 18 Druckpunkten bei digitaler Palpation schmerzhaft sein müssen und dabei die Laborbefunde unauffällig sein sollen (Wolfe et al. 1990). Das FMS wird traditionellerweise nicht unter den „culture bound syndromes“ angeführt, jedoch kann dieser Begriff in der globalisierten Welt auch als Kristallisationspunkt der „Medicoscape Fibromyalgie“ gesehen werden, weil es viele kulturgebundene Aspekte aufweist und es auch immer wieder Ärzte gibt, die sich diesem Begriff bzw. Medicoscape nicht anschließen und ihn infrage stellen. Es finden sich in der Definition im Wesentlichen subjektive Kriterien, die als Kommunikationsform von Schmerz- und Leidenserleben zwischen Patienten und Ärzten gesehen werden können. Es geht dabei stark um einen Erklärungsversuch von körperlichen Symptomen und auch einen Bewältigungsversuch bzw. um den Appell um Unterstützung (siehe dazu auch rationale Schmerzbewältigung). Diese Kriterien wurden für wissenschaftliche Zwecke entwickelt. Die Nützlichkeit für die Primärversorgung ist jedoch wie bereits erwähnt umstritten. In den deutschen AMWF-Leitlinien „Fibromyalgie“ werden diese Druckpunkte für die klinische Routinediagnostik als fakultativ angesehen. Der Schwerpunkt der Definition liegt auf „chronic widespread pain“ (CWP), also chronische Ganzkörperschmerzen (Themenheft Fibromyalgie 2008). Aus psychiatrischer Sicht ergibt sich eine Überlappung zur „anhaltenden somatoformen Schmerzstörung“, bei der nach ICD-10 ein chronischer Schmerz über mindestens 6 Monate bestehen muss, keine ausreichende medizinische Erklärung gefunden werden kann und psychosoziale Faktoren in der Verstärkung sowie Aufrechterhaltung der Ganzkörperschmerzen beteiligt sind.

8.6 Kulturelle Modelle und Symptomerleben: von Psychosomatik zu Soziosomatik

Kulturelle Einflüsse auf Symptomerleben und Symptomkommunikation finden auf mehreren Ebenen statt: Psychophysiologie, Aufmerksamkeit, Symptomattribuierung und -interpretation, Art der Bewältigung, Hilfesuche und Behandlung. Somatische Symptome haben unterschiedliche psychologische und soziale Bedeutungen. Somatische Symptome können gesehen werden als (Kirmayer 2008):

- Index für eine körperliche Erkrankung
- Ausdruck einer Psychopathologie (somatoform)
- Symbol für einen intrapsychischen Konflikt
- kulturell-kodierter Ausdruck für Disstress
- Medium für den Ausdruck von sozialer Unzufriedenheit
- Mechanismus, durch welchen Patienten versuchen, sich in ihrer Welt neu zu positionieren

Viele Patienten mit somatischen kulturellen Idiomen der Not beschreiben die sozialen Probleme, die ihre Symptome verstärken, wenn sie ein offenes Ohr finden. In der biomedizinischen Gesundheitsfürsorge spielen sie die sozialen Dimensionen herunter, weil sie Stigmatisierung fürchten. Dabei darf nicht vergessen werden, dass diagnostische Systeme selbst auch kulturelle Artefakte sind. Neben der Anleitung zur Therapie dienen diagnostische Etikettierungen auch der Zuschreibung von berechtigtem Leiden, deuten auf die Ernsthaftigkeit und Bedeutung für andere hin und haben sozialen Folgen wie Berechtigung für Krankenstand, Berentung etc. Bei Fehlen einer klaren Diagnose und der dadurch fehlenden effektiven Behandlung der Patienten kommt es zur Unsicherheit und zur Bemühung um eine definitive Diagnose, um eine Legitimation für das Leiden zu finden und eine Bewältigung des Leidens zu erreichen. Was teilweise dann als Psychopathologie gesehen werden kann, kann auch auf diese soziale Notlage zurückgeführt werden. Nach Kohnen (2003) können unterschiedliche Krankheitsbewältigungsstrategien unterschieden werden, die einen hohen Grad an „Kulturgebundenheit“ aufweisen. Unter anderem unterscheidet Kohnen religiöse, willentliche, familiäre und rationale Krankheitsbewältigung:

- Bei der **religiösen Krankheitsbewältigung** führt Kohnen die Leitüberzeugung an: „Nur Gott hilft bei der Lebens- und Schmerzbewältigung wirklich!“ Das Verhalten bei körperlichen Beschwerden/Schmerzen kann dahingehend beschrieben werden, dass körperliche Beschwerden/Schmerz ertragen und erduldet werden, damit es als „Zeichen und die Botschaft Gottes“ erkannt werden kann. Die Handlungsanweisung, die daraus abgeleitet wird, lautet: „Körperliche Beschwerden/Schmerz enthalten einen besonderen Sinn, der zum Nachdenken über das eigene Leben anregt.“
- Bei der **willentlichen Krankheitsbewältigung** ist die Leitüberzeugung ganz ähnlich dazu: „Ich werde körperliche Beschwerden/Schmerzen nicht zulassen und falls es doch dazu kommt, diese unterdrücken. Folglich werde ich mich in die Einsamkeit zurückziehen und körperliche Beschwerden/Schmerzen ertragen.“ Die Kontrollüberzeugung jedoch unterscheidet sich schon stark: „Ich alleine werde mit meinem Willen körperliche Beschwerden/Schmerz bewältigen.“ Dadurch nimmt die Selbstkontrolle zu (Kompetenzvertrauen, self-efficacy [Bandura 1978]) und das Erleben von Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit wird als entängstigend erlebt. Bei dieser Bewältigungsform ist es „unfein, körperliche Beschwerden/Schmerz zu äußern“.

- Ganz anders bei der **familiären Krankheitsbewältigung**: Die körperlichen Beschwerden/Schmerzen werden den anderen deutlich präsentiert, gemäß der Leitüberzeugung: „Die Familie hilft bei der Lebens- und Schmerzbewältigung durch familiäre Unterstützung und soziale Zuwendung. Nur wer seine Hilfsbedürftigkeit (deutlich) äußert, dem kann geholfen werden." Körperliche Beschwerden/Schmerzen werden also „zugelassen" und deutlich gegenüber anderen geäußert. Im Mittelmeerraum, bei christlichen wie auch bei den moslemischen Gruppen, ist die familiäre Bewältigungsstrategie weit verbreitet.
- Die **rationale Krankheitsbewältigung** passt gut zum biomedizinischen System. Gemäß der Kontrollüberzeugung: „Wenn ich meine körperlichen Beschwerden/Schmerz so präzise wie möglich beobachte und dem Arzt beschreibe, dann kann er am sichersten die Lokalisation der Gesundheitsstörung herausfinden, die Krankheit diagnostizieren und eine ursächliche Therapie einleiten." Die Patienten sind dabei überzeugt, dass körperliche Beschwerden/Schmerzen technisch und fachlich bewältigt werden sollen. Daher werden die körperliche Beschwerden/Schmerzen nüchtern und möglichst ohne emotionale Beteiligung „quasiobjektiv" beobachtet und geschildert. Dabei ist sofortiges Handeln und Einholen einer fachlichen Beratung besonders wichtig (Kohnen 2003).

8.7 Somatoforme Störung: ein „kulturelles" Konstrukt

Somatoforme Störungen können so als ein „kulturelles Konstrukt" gesehen werden, bei dem die Kommunikation von Krankheiten/Stress und die Bewältigung von Krankheiten/Stress in einer globalisierten Welt im Zentrum stehen. Dabei spielen kulturelle Modelle von somatischen Symptomen eine wichtige Rolle:

- Erklärungsmodelle, die Kausalattributionen zulassen und auf spezifische Mechanismen oder pathophysiologische Prozesse hindeuten.
- Prototypen, markante Bilder oder Vorbilder aus der eigenen Erfahrung, der Familie, dem Freundeskreis, aus den Massenmedien und der populären Kultur, die ein Reflektieren über den eigenen Zustand ermöglichen.
- implizite Modelle und prozedurales Wissen, das schwierig artikuliert werden kann, weil es in körperliche Abläufe, Stress zu erfahren, eingebettet ist, was zu spezifischen Verhaltens- und Kommunikationsweisen führt.

Für das DSM-V wird die Komplexe Somatische Symptom Störung („Complex Somatic Symptom Disorder") vorgeschlagen, die übergreifende Charakteristika der somatoformen Störungen zusammenfasst und diese Diagnosen in Zukunft ersetzen soll:

1. Multiple somatische Symptome oder ein schweres Symptom, welche Leiden verursachen.
2. Fehlattribution bzw. übermäßige Sorgen oder Beschäftigung mit somatischen Symptomen und Krankheit (starke Krankheitsängstlichkeit,

normale Körpersymptome werden als bedrohlich bewertet, katastrophisieren).

3. Dauer des Symptomzustandes („state of being symptomatic“) über mindestens 6 Monate, wobei das einzelne Symptom nicht ständig präsent sein muss.

Zusammenfassung

Somatoforme Störungen können als ein „kulturelles“ Konstrukt mit „speziellen kulturellen Ausprägungen“ sowie „kulturübergreifenden Prinzipien“ verstanden werden: Kommunikation von Krankheiten/Stress in verschiedenen Kulturen ist für die Diagnostik und Modellbildung (Klärung) wichtig, ebenso das „Abholen der Patienten“ bei ihren individuellen Störungsbildern (kultureller Hintergrund, Medicoscape) und die Zuordnung zu „allgemeingültigen Störungsbildern“. Auch bei der Bewältigung von Krankheiten/Stress kann die Verbindung beider Ansätze nützlich sein: das Nützen therapeutischer Möglichkeiten allgemeingültiger Störungsbilder und das Nützen individueller Bewältigungsressourcen in verschiedenen kulturellen Kontexten.

Dieser Beitrag basiert auf einem Artikel des Autors in Spectrum Psychiatrie (Aigner 2011). Mit freundlicher Genehmigung der MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH.

Literatur

Aigner M (2011) Kultur und somatoforme Störungen. Spectrum Psychiatrie 1

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Auflage. APA Washington DC

Birbaumer N, Schmidt RF (2006) Biologische Psychologie. 4. Auflage. Springer Berlin Heidelberg New York

Gray JA (1982) The neuropsychology of anxiety: An inquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford University Press Oxford

Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP (1997) Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. Am J Psychiatry 154,989–95

Han S, Northoff G (2008) Culture-sensitive neural substrates of human cognition: a transcultural neuroimaging approach Nature Reviews Neuroscience 9, 646–654

Hörbst V, Krause K (2004) Die Globalisierungsdebatte in der Medizinethnologie. Curare 27, 41–60

Kirmayer LJ (2008) Culture and the metaphoric mediation of pain. Transcult Psychiatry 45, 318–38

Kleinman A (1987) Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-culture on illness. Br. J. Psychiatry 151, 447–454

Kohnen N (2003) Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen. 1. Auflage. pvv Ratingen

Themenheft Fibromyalgie (2008) Interdisziplinäre S3-Leitlinie. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Der Schmerz 22 Themenheft

WHO (1994) International Classification of Diseases (ICD). 10. Kapitel F

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam, AG, Farber SJ, Fiechtner JJ, Franklin CM, Gatter, RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Masi AT, Mccain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Russel IJ, Sheon RP (1990) The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 33, 160–172

9 Zwangsstörungen und Kultur

David Holzer

Die ersten Berichte über das Leid von Menschen, welche von zwanghaften Phänomenen verfolgt wurden, finden sich bereits im überlieferten Schrifttum der Babylonier und des antiken Griechenland (Reynolds u. Kinnier Wilson 2012; Zaudig 2011; Greenberg u. Huppert 2010). In vorwissenschaftlichen Darstellungen des psychischen Zwangs, wurde vor allem dessen Verbindung mit religiösen Themen hervorgehoben. So wird etwa in der wichtigsten Sammlung religionsgesetzlicher Überlieferungen des Judentums, der Mischna, vor einem Übermaß an Besorgnis gewarnt, das bei der Reinigung des Hauses vor dem Pessachfest auftreten kann (Greenberg u. Huppert 2010). Der Babylonische Talmud wiederum berichtet von Gläubigen, die ihre Gebete unaufhörlich wiederholen müssen, da sie befürchten, bei deren Ausführung nicht ausreichend aufmerksam gewesen zu sein (Reynolds u. Kinnier Wilson 2012).

Während des Mittelalters wurden religiöse Zwänge in Europa den Besessenheitszuständen zugerechnet und vorwiegend durch das Wirken des Teufels erklärt. Der Begriff „obsessiones" (lat. obsidere: belagern, besetzen) bezeichnete dabei auch den inneren Drang, in der Kirche gotteslästerliche Dinge laut auszusprechen, also „mit der Zunge des Teufels" zu sprechen (Greenberg u. Huppert 2010). Im 15. und 16. Jahrhundert wurde in der christlichen Moraltheologie der Begriff „Skrupel" eingeführt um damit ein Übermaß an Gewissenhaftigkeit und Zweifel bezüglich religiöser Inhalte zu bezeichnen. In Anlehnung an das lateinische „scrupulum" fand dabei dessen Bedeutung als „kleines spitzes Steinchen" sinnbildhafte Verwendung, da das moralische Gewissen den Betroffenen wie ein „spitzer Stein im Schuhwerk" unablässig quälte.

Da im Christentum des Mittelalters Vorstellungen als ebenso schwerwiegend wie Taten angesehen wurden, galt auch das bewusste Verweilen bei bestimmten Gedanken als sündhaft und musste gebeichtet werden. Skrupelhafte Christen neigten deshalb zu übermäßig häufiger Beichte und begehrten immer wieder die Lossprechung von ihren Sünden, da sie von wiederkehrenden Zweifeln

an der Vollständigkeit und Aufrichtigkeit ihrer Buße gequält wurden (Morschitzky 2009). Des Weiteren konnte auch die Aufmerksamkeit beim Gebet, die Einhaltung von Gelübden, die Beachtung der Ordensregeln oder die Möglichkeit von Ehehindernissen Gegenstand von Skrupeln werden (Morschitzky 2009) So sollen auch namhafte Persönlichkeiten der Religionsgeschichte, wie der Reformator Martin Luther (1483–1546), der Gründer des Jesuitenordens Ignatius von Loyola (1491–1556) oder der Baptistenprediger John Bunyan (1628–1688), unter dieser Übergewissenhaftigkeit gelitten haben. Während zwanghafte Verhaltensweisen somit bis zur Neuzeit vorwiegend als religiöse Probleme betrachtet und durch das Wirken des Teufels erklärt wurden, werden sie seit dem 19. Jahrhundert den psychopathologischen Phänomenen zugeordnet.

9.1 Historischer Abriss

Die Grundzüge einer Zwangsstörung wurden erstmals von Jean Etienne Dominique Esquirol (1782–1840) in seiner 1839 veröffentlichten Kasuistik der Mademoiselle F. beschrieben (Esquriol 1839). Der Schüler Philippe Pinels (1745–1826) hob dabei insbesondere die erhaltene Intelligenz sowie die Einsicht der Patientin in die Absurdität ihrer zwanghaften Ängste hervor, weshalb er das beschriebene Zustandsbild auch als Ausdruck einer Störung des Denkens auffasste (Zaudig 2011a; Loewenfeld 1904; Wille 1882). 1866 wurde von Bénédict-Augustin Morel (1809–1873) jedoch eine Krankheitseinheit definiert, die er als „Délire émotif" bezeichnete und welcher er die zwanghaften Erscheinungen zurechnete. Mit Einführung dieser Kategorie wurde die Zwangsstörung in Frankreich fortan als Störung des Gemüts betrachtet (Berrios 1986; Loewenfeld 1904).

Der deutsche Begriff „Zwang" wurde von dem Psychiater und Rechtsmediziner Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840–1902) in die deutsche Fachsprache eingeführt. In seiner 1867 veröffentlichen Schrift „Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurteilung krankhafter Gemütszustände für Ärzte, Richter und Verteidiger" beschrieb er negative Vorstellungen, die sich dem Gemütsdepressiven unwillkürlich aufdrängen, das Bewusstsein belagern und so den freien Fluss der Assoziationen blockieren (Krafft-Ebing 1867). Krafft-Ebing bezeichnete diese Gedanken als „Zwangsvorstellungen" und führte dazu aus, dass wo der freie Wille, die schrankenlose Assoziation der Vorstellung gehemmt ist, auch das Wollen, wie es der Begriff der Zurechnungsfähigkeit voraussetzt, nicht mehr bestehen kann, wobei es schließlich zu einem unbeherrschten Drang, einem Zwangswollen, wird. (Krafft-Ebing 1867). In einer weiteren, 1870 veröffentlichten, Arbeit besprach Krafft-Ebing erneut den Einfluss der Zwangsvorstellungen auf die Selbstbestimmungsfähigkeit, wobei er auch hier ausschließlich psychische Phänomene in Betracht zog, die von einem depressiven Affekt getragen wurden (Loewenfeld 1904; Wille 1882).

Am 23. März 1868 berichtete Wilhelm Griesinger (1817–1868) vor der Berliner Medizinisch-Psychologischen Gesellschaft „Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand", die krankhafte „Grübelsucht". Die Ausführungen Griesingers stützten sich dabei auf die Beobachtungen von drei Patienten, die, wie er ausdrücklich betonte, nicht in einer „Irrenanstalt" aufgenommen waren.

Die geschilderten Zustände sollten dabei nach seiner Ansicht allein in dem von Falret beschriebenen Leiden, der „Maladie du doute“ (Zweifelsucht), eine gewisse Analogie finden (Griesinger 1868). 1875 definierte der französische Psychiater Henri Legrand du Saulle (1830–1886) in seiner Arbeit „La folie du doute (avec délire du toucher)“ erstmals das Zwangssyndrom als eigenständiges Krankheitsbild (Loewenfeld 1904; Berrios 1989).

Ein Vortrag, den Carl Westphal (1833–1890) im Jahre 1877 vor der Berliner Medizinisch-Psychologischen Gesellschaft hielt, sollte für die weitere Konzeptentwicklung der Zwangsstörung maßgebend sein, da in diesem eine bis heute weitgehend gültige Begriffsbestimmung des pathologischen Zwangs gegeben wurde. Westphal berichtete nämlich von Zwangsvorstellungen, „welche, bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartige anerkennt, und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht“ (Westphal 1878). Vor dem Kollegium der königlichen Gesellschaft der Ärzte in Budapest schlug Julius Donath (1870–1950) schließlich den Begriff „Anancasmus“ als Bezeichnung für das neue Konzept der idiopathischen Zwangserkrankung (Thomson 1895) vor, der noch heute als Synonym für die zwanghafte Verhaltensweisen in Verwendung ist (Donath 1896; Berrios 1996).

Nach der Ansicht vieler deutschsprachiger Psychiater jener Zeit handelte es sich bei den Zwangszuständen um eine Störung der intellektuellen Funktion und nicht, wie es von der französischen Psychiatrie seit Morel behauptet wurde, um eine Beeinträchtigung des emotionalen Seelenlebens (Berrios 1996). Zwangshandlungen wurden dabei jedoch übereinstimmend als sekundär oder zumindest in Abhängigkeit zu den Zwangsgedanken stehend verstanden. Nach Berrios (1996) führte diese Ambiguität dazu, dass in Großbritannien Zwangsphänomene als „obsessions“ bezeichnet wurden, während sie in den Vereinigten Staaten „compulsions“ genannt wurden. Da es im Englischen auch keine passende Übersetzung für den deutschen Begriff Zwang gibt, setzte sich als internationaler Kompromiss die Doppelbezeichnung „obsessive-compulsive“ durch (Zaudig 2011a; Berrios 1996).

Das Konzept des psychischen Zwangs wurde in der Folge von namhaften Seelenärzten wie Pierre Janet, Sigmund Freud oder Kurt Schneider bearbeitet, wobei sich in der Allgemeinen Psychopathologie von Karl Jaspers (1913) eine plastische Beschreibung der Zwangsstörung findet.

> *„Der Zwangskranke wird verfolgt von Vorstellungen, die ihm nicht nur als fremd, sondern unsinnig erscheinen, und denen er doch folgen muss, als ob sie wahr seien. Tut er es nicht, so befällt ihn grenzenlose Angst. Der Kranke zum Beispiel muss etwas tun, sonst stirbt eine Person oder es geschieht ein Unheil. Es ist, als ob sein Tun und Denken magisch das Geschehen verhinderte oder bewirke. Er baut seine Gedanken zu einem System von Bedeutungen, seine Handlungen zu einem System von Zeremonien und*

Riten aus. Aber jede Ausführung hinterlässt den Zweifel, ob er es auch richtig, auch vollständig macht. Der Zweifel zwingt ihn, von vorne anzufangen." (Jaspers 1913)

9.2 Aspekte des Zwangsbegriffs

Die deutsche Bezeichnung „Zwang" ist ein Verbalabstraktum und findet ihre wortgeschichtlichen Wurzeln im althochdeutschen Begriff *thwanga*, welcher das Bedeutungsfeld des „Zusammenpressens" und „Drückens" umfasste. Im Allgemeinen zumeist als „Einschränkung der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit" definiert kann Zwang in Anlehnung an seine etymologische Herkunft als imperativer Drang, eine Handlung gegen den eigenen Willen ausführen oder unterlassen zu müssen, aufgefasst werden. Der aversive Imperativ wird dabei durch bestimmende Einflüsse hervorgerufen, die als übermächtig oder bedrohlich erfahren werden. So mag sich ein Individuum etwa durch die Androhung von Gewalt durch Dritte oder die Unabänderlichkeit situativer Gegebenheiten zu bestimmten Handlungen gedrängt fühlen, welche nicht Ausdruck eines subjektiven Wunsches sind und daher als fremdbestimmt erfahren werden.

Von einem Zwang durch äußere Einflüsse muss das psychopathologische Phänomen des *inneren Zwangs* abgegrenzt werden, das durch seelische Vorgänge hervorgerufen wird. Es ist dabei von entscheidender Bedeutung, dass sowohl der Begriff des äußeren als auch jener des inneren Zwangs grundsätzlich nicht auf ein objektives Phänomen verweisen, welches unabhängig von einer selbstreflexiven Betrachtung existiert, sondern beide eine subjektive Erfahrung repräsentieren, welche auf den Wünschen und Bewertungen des Betroffenen basiert (Bieri 2001). Das Zwangserleben an sich ist folglich untrennbar mit dem Selbstbewusstsein verbunden und nur auf dem Boden eines willkürlich geleiteten Seelenlebens möglich (Schneider 1946).

Karl Jaspers (1913) ordnete den psychischen Zwang deshalb unter die verstehbaren reflexiven Phänomene ein und sah in der widerstrebenden Stellungnahme des Subjekts zu sich selbst ein wesentliches Merkmal desselben. Bezüglich des psychopathologischen Zwangsbegriffs unterschied er zwei Extensionsformen, wobei er die Auffassung *im weiteren Sinne*, jener *im engeren Sinne* gegenüberstellte. Im weiteren Begriffsumfang wird nach Jaspers der Zwangscharakter eines seelischen Vorgangs allein durch das formale Merkmal des *Auftretens* charakterisiert, während er im engeren Sinne zusätzlich durch das inhaltliche Kriterium der *Fremdheit* gekennzeichnet ist (Jaspers 1913, Bürgy 2005).

Der Zwangsbegriff im weiteren Sinne verweist auf seelische Inhalte, welche mit Beharrlichkeit im Bewusstsein auftreten und wiederkehren, wodurch sie zu einer Störung der intendierten Aktivität führen. In selbstreflexiver Stellungnahme wehrt sich das Subjekt gegen die störenden Einflüsse, ist gleichsam jedoch nicht imstande, sich von diesen abzuwenden. Die Dominanz der seelischen Inhalte gegenüber dem willentlichen Widerstreben verleiht diesen

den bedrängenden Charakter des Zwanges und ruft das Gefühl hervor, ihrer überwältigenden Natur machtlos ausgeliefert zu sein (Stompe 2011). Nach Leopold Loewenfeld (1904) sind psychische Zwangserscheinungen in diesem Sinne seelische Elemente, welche der normalen Verdrängbarkeit durch Willenseinflüsse ermangeln und aufgrund ihrer Immobilität den normalen Verlauf der psychischen Prozesse stören.

Die engere Auffassung des Zwangsbegriffs zeichnet sich zusätzlich durch das Kriterium der inhaltlichen Fremdheit im Sinne einer ablehnenden Stellungnahme aus. Das Subjekt bewertet dabei den Inhalt der aufdrängenden Ideen als grundlos, unsinnig und relativ unverständlich (Bürgy 2005). Trotz der Gewissheit ihrer Urheberschaft, vermag sich der Betroffene nicht mit den Inhalten zu identifizieren, da sie dem Selbstbild oder der eigenen Wertewelt widersprechen. Zwang im engeren Sinne bezieht sich somit auf psychische Phänomene, gegen deren Dasein sich der Erlebende wehrt und deren Inhalt als ichfremd erlebt wird (Jaspers 1913).

Die Begriffsanalyse von Jaspers führt nun in aller Klarheit vor Augen, dass in einer *weiteren* Auffassung, aufgrund ihrer geringen Intension, zahlreichen psychischen Erscheinungen ein Zwangscharakter zugesprochen werden kann. Mit dem umfangreicheren Begriffsinhalt des *engeren* Verständnisses ist es hingegen möglich eine umschriebene Gruppe seelischer Symptome zu erfassen, welche nosologische Spezifität besitzen und für die Zwangsstörung charakteristisch sind. Die Besinnung auf die Struktur des Zwangs im *engeren* Sinne erlaubt daher eine klare Abgrenzung gegenüber anderen Phänomenen, welche einen zwangsähnlichen Charakter besitzen (Bürgy 2005).

In Zusammenschau der angeführten Aspekte kann schließlich festgehalten werden, dass der psychische Zwang einem imperativen Erlebnis entspricht, das durch die Unbeeinflussbarkeit des eigenen Willens und seiner Fremdheit im Sinne einer Ablehnung gekennzeichnet ist (Bieri 2001; Scharfetter 1976). Das unkontrollierbare Auftreten und die inhaltliche Fremdartigkeit der auslösenden Ideen nähren dabei die bedrängende Kraft des Zwangs, der für das Subjekt wie ein Fremdkörper im Inneren wuchert und dieses in seiner gesamten Existenz bedroht. Das angstbesetzte Zwangserleben kann schließlich zu bestimmten Handlungen führen, die von einem Subjekt in der Absicht vollzogen werden, der existenziellen Bedrohung auszuweichen (Bieri 2001).

In seiner 1936 veröffentlichten Monographie über die *Psychologie der Zwangsvorgänge* definierte der Schweizer Psychiater Hans Binder in entsprechender Weise, dass das Erlebnis eines psychischen Zwanges aus dem Zusammenwirken zweier Komponenten resultiere, welche er „Störungspsychismus" und „Abwehrpsychismus" bezeichnete. Das Zwangserleben würde demnach dann auftreten, wenn das Ich durch einen inneren Willensakt vergeblich versucht, eine Störung durch seelische Erscheinungen innerlich radikal zu unterdrücken, die als fremdartig und unsinnig erlebt werden, an dessen Zustandekommen sich aber das Ich trotzdem als aktiv beteiligt spürt. Diesem primären Störungs-

vorgang (Störungspsychismus), welcher durch unkontrollierbar auftretende und fremdartige Bewusstseinsinhalte hervorgerufen wird, folgt eine zwangsmäßige Reaktion, der „Abwehrpsychismus", welcher als Versuch des Subjekts angesehen werden kann, die Kohärenz und Autonomie der eigenen Person zu stabilisieren (Binder 1936; Gebsattel 1938).

Der deutsche Humanmediziner und Psychiater Viktor Emil von Gebsattel (1883–1976) sah in der „anankastischen Phobie" die Grundlage der Störungsseite des Zwangssyndroms, welche als „phobische Besessenheit", „phobische Ekelstimmung" oder „Gewissensangst" das Dasein des Zwangskranken bestimmt. Durch die Allgegenwart des „Unreinen", „Ekelerregenden" und „Verwerflichen" erscheint der Betroffene „entweltlicht" und „gespalten", stets zurückgeworfen auf seine „Besessenheit", die in unaufhörlich verfolgt und quält. Das Widerfahrnis des „Störungspsychismus" (Binder 1936) stelle nach Gebsattel ferner ein Leiden dar, welches umgehend eine Handlung, eine Flucht oder Gegenwehr, den „Abwehrpsychismus", erzwingt, wobei sich beide Vorgänge wie Zauber und Gegenzauber in einem unendlichen Kampf befinden. Gesiegt hat nämlich die „phobische Besessenheit" jedes Mal dann, wenn die Maßnahmen, die ihre Abwehr erzwingen wollen, die Zwangshandlungen (Kompulsionen), selbst die Konkretisierung des latent phobischen Zustandes, die Zwangsgedanken (Obsessionen) herbeiführen und damit die neutralisierende Zauberhandlung zur Ohnmacht verdammen (Gebsattel 1939).

Die strukturdynamische Beziehung zwischen dem primären „Störungspsychismus", dem sekundären „Abwehrpsychismus" sowie der „phobischen Besessenheit" soll in Abbildung 35 zusammen mit dem modernen Modell der Zwangsstörung (Obsessionen, Kompulsionen und Disstress/Angst) dargestellt werden.

Das Phänomen des psychischen Zwangs wurde von Kurt Schneider (1946) in seiner Klinischen Psychopathologie äußerst stringent definiert:

> *„Zwang ist, wenn jemand Bewusstseinsinhalte nicht loswerden kann, obschon er sie gleichzeitig als inhaltlich unsinnig oder wenigstens als ohne angemessenen Grund beherrschend und beharrend beurteilt. Will man ganz kritisch sein, so-sage man ‚von innen kommende' Bewusstseinsinhalte, um die Zwangserlebnisse begrifflich gegen die von außen gemachten Erlebnisse Schizophrener abzudichten."* (Schneider 1946)

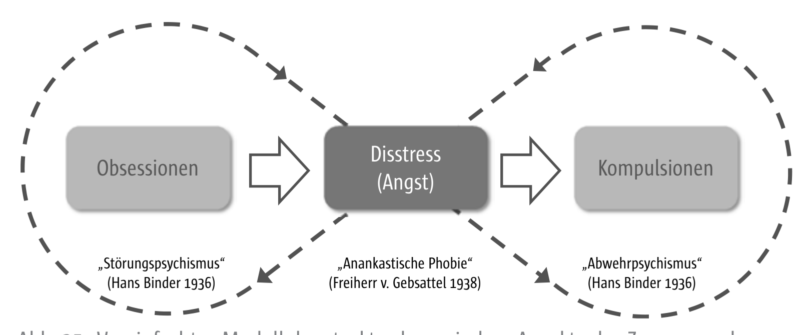


Abb. 35 Vereinfachtes Modell der strukturdynamischen Aspekte des Zwangssyndroms

Im „Unrichtigkeitsbewusstsein“ sah Schneider (1925) schließlich das zentrale Kriterium, durch welches Zwangsphänomene von überwertigen oder wahnhaften Ideen abgegrenzt werden können.

9.3 Die Zwangsstörung

1980 erfuhr die Definition der Zwangsstörung im DSM–III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition, APA 1980) erstmals eine kriterienbasierte Operationalisierung, welche bis in die Gegenwart in den gültigen Klassifikationssystemen für psychische Erkrankungen beibehalten wurde. Das wesentliche Kennzeichen der Störung ist das Vorliegen wiederkehrender Zwangsphänomene, die schwer genug sind, um eine bedeutsame leidvolle Beeinträchtigung oder eine merkliche psychosoziale Behinderung zu verursachen. Gemäß den Kriterien der ICD-10 (Dilling 2006) muss die Kernsymptomatik dabei für einem Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen, wobei an den meisten Tagen Zwangserscheinungen auftreten müssen, um die Diagnose stellen zu können (s. Tab. 11). Die Kriterien des DSM-IV-TR (APA 2000) ent-

Tab. 11 Diagnostische Kriterien der Zwangsstörung gemäß ICD-10 (Dilling et al. 2006)

Zwangsstörung (F42)	
A	Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen.
B	Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche folgende Merkmale: 1. Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben 2. Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung werden als übertrieben und unsinnig erkannt. 3. Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet. 4. Das Ausführen eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Anspannung oder Angst unterschieden werden).
C	Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.
D	Ausschlussvorbehalt: Die Störung ist nicht bedingt durch eine andere psychische Störung, wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2) oder affektive Störungen (F3).
Die Diagnose kann mit der folgenden vierten Stelle differenziert werden: **F42.0** vorwiegend Zwangsgedanken und Grübelzwang **F42.1** vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) **F42.2** Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt **F42.8** sonstige Zwangsstörungen **F42.9** nicht näher bezeichnete Zwangsstörung	

halten diesbezüglich kein Zeitkriterium, wenngleich festgehalten wird, dass die Zwangsgedanken (*obsessions*) und Zwangshandlungen (*compulsions*) zeitaufwendig sein müssen, um als diagnoserelevant zu gelten (s. Tab. 11).

Einen Überblick über die Diagnosekriterien der *Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)* gemäß DSM-IV-TR (APA 2000) gibt Tabelle 12.

Auf psychopathologischer Ebene wird in einer formalen Dimension übereinstimmend zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen differenziert (s. Abb. 36). Zwangsgedanken oder Obsessionen sind unwillkürlich und wiederholt auftretende, in den Gedankenstrom drängende und in diesem persistierende Ideen, die in Form von aufdringlichen Gedanken, bildhaften Vorstellungen oder dranghaften Impulsen Inhalte repräsentieren, die mit dem Selbst-

Tab. 12 Auszug der diagnostischen Kriterien der Obsessive-Compulsive Disorder gemäß DSM-IV-TR (APA 2000) in Originalfassung

Obsessive-Compulsive Disorder (300.3)	
A	Presence of obsessions, compulsions, or both: Obsessions are defined by (1), (2), (3) and (4): 1. Recurrent and persistent thoughts, impulses, or images that are experienced, at some time during the disturbance, as intrusive and inappropriate, and that cause marked anxiety or distress. 2. The thoughts, impulses, or images are not simply excessive worries about real life problems. 3. The person attempts to ignore or suppress such thoughts, urges, or images, or to neutralize them with some other thought or action. 4. The person recognizes that the obsessional thoughts, impulses, or images are a product of his or her own mind (not imposed from without as in thought insertion). Compulsions are defined by (1) and (2): 1. Repetitive behaviors (e.g., hand washing, ordering, checking) or mental acts (e.g., praying, counting, repeating words silently) that the individual feels driven to perform in response to an obsession or according to rules that must be applied rigidly. 2. The behaviors or mental acts are aimed at preventing or reducing anxiety or distress, or preventing some dreaded event or situation; however, these behaviors or mental acts are not connected in a realistic way with what they are designed to neutralize or prevent, or are cleanly excessive.
B	At some point during the course of the disorder, the person has recognized that the obsessions or compulsions are excessive or unreasonable.
C	The obsessions or compulsions cause marked distress, are time-consuming (e.g., take more than 1 hour per day), or significantly interfere with the person's normal routine, occupational (or academic) functioning, or usual social activities or relationships.
D	If another Axis I disorder is present, the content of the obsessions or compulsions is not restricted to it (...).
E	The disturbance is not due to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or general medical condition.
Specify if: With poor insight: If, for most of the time during the current episode, the person does not recognize that the obsessions and compulsions are excessive or unreasonable.	

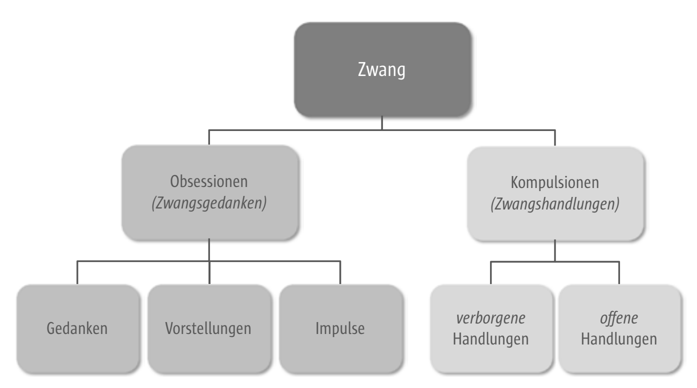


Abb. 36 Formale Dimension von Zwangsphänomenen

bild oder den moralischen Wertvorstellungen des Betroffenen zumeist unvereinbar sind. Aufgrund des formalen Kriteriums der Intrusivität sowie des inhaltlichen Kriteriums der Unannehmbarkeit, werden Obsessionen als störend, unangenehm, abstoßend, ekelerregend, quälend oder zumindest sinnlos erlebt und von Gefühlen eines *Disstress*, wie Unbehagen, Angst oder Ekel, begleitet (Zaudig 2011a; Kapfhammer 2008). Es können dabei drei Untergruppen von obsessiven Gedanken unterschieden werden (Zaudig 2011a):

1. zwanghaftes Zweifeln
2. zwanghafte Impulse
3. zwanghafte Vorstellungen und Bilder

Zwangshandlungen oder Kompulsionen sind häufig ritualisierte, zum Teil stereotype Handlungsabläufe, die immer gegen einen inneren Widerstand ausgeführt werden und sich vom Betroffenen nicht oder nur schwer unterbinden lassen, obwohl sie als unsinnig, übertrieben oder nicht zielführend erlebt werden (Zaudig 2011a; Kapfhammer 2008). Wird eine kompulsive Handlung unterlassen, führt dies in der Regel zu einem Anstieg von Anspannung oder Angst. Zwangshandlungen manifestieren sich in offener und somit beobachtbarer Form häufig als Waschen, Putzen, Sammeln, Kontrollieren, Ordnen oder Zählen. Verborgene Kompulsionen entsprechen mentalen Ritualen oder dem Zwangsdenken, wobei die formalen Kriterien von Zwangshandlungen erfüllen werden.

Während ICD-10 (Dilling et al. 2006) und DSM-IV-TR (APA 2000) Zwangsphänomene weitestgehend einheitlich definieren, bestehen hinsichtlich der Bewertung ihres dynamischen Verhältnisses deutliche Unterschiede. Die ICD-10 (Dilling et al. 2006) unterscheidet ausschließlich nach der extensionalen Zugehörigkeit der Zwangssymptome, wobei sich Obsessionen und Kompulsionen in einem statischen und äquivalenten Verhältnis zueinander befinden (Kapfhammer 2008). Zwangsgedanken werden dabei der „mentalen Sphäre" und Zwangshandlungen der „behavioralen Sphäre" zugerechnet. Das DSM-IV (TR) betont hingegen das dynamische Verhältnis zwischen beiden Phänomenen und stellt klar, dass „obsessions" zu einem emotionalen Disstress führen, auf dessen

Kontrolle „compulsions" in Form kognitiver oder behavioraler Akte abzielen. Zwangshandlungen umfassen somit sowohl beobachtbare als auch mentale Aktivitäten, die darauf ausgerichtet sind, die durch Zwangsgedanken ausgelöste Angst zu reduzieren. Gemäß der ICD-10 müssten somit mentale Rituale und Zwangsdenken grundsätzlich als Zwangsgedanken bewertet werden, während diese nach DSM-IV-TR den Kompulsionen, nämlich den verborgenen Zwangshandlungen, zugeordnet werden können (s. Abb. 37). Nach Kapfhammer stellt diese Konzeptualisierung nicht einfach eine arbiträre psychopathologische Akzentverschiebung dar, sondern das dynamische Verhältnis gemäß DSM-IV-TR erscheint besonders im Hinblick auf eine Therapieplanung auch schlüssiger angelegt (Kapfhammer 2008). Ferner wird es aufgrund der angeführten Grundannahmen auch verständlich, weshalb in der ICD-10 eine Subtypisierung in: „Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.0)", „Vorwiegend Zwangshandlungen (F42.1)" sowie „Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (F42.2)" möglich ist, während diese im DSM-IV (TR) nicht angeführt wird.

Die affektive Konnotation von Zwangsphänomenen als zumindest unangenehm, quälend und angstbesetzt, wird schließlich einheitlich als definitorisches Kriterium hervorgehoben, wodurch auch eine kategoriale Abgrenzung zu anderen impulsgeleiteten oder dranghaften Verhaltensweisen ermöglicht wird. Das DSM-IV-TR sah in der Zwangsstörung dabei einen Prägnanztyp der Angststörung, während die ICD-10 das obsessiv-kompulsive Syndrom als eigenständige Entität anderen Störungen aus dem neurotisch-belastungsreaktiven Formenkreis gegenüberstellt. Im März 2013 wurde von der Amerikanisch-psychiatrischen Vereinigung (APA) die fünfte Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) veröffentlicht, welche zahlreiche Veränderungen hinsichtlich der Klassifikation seeli-

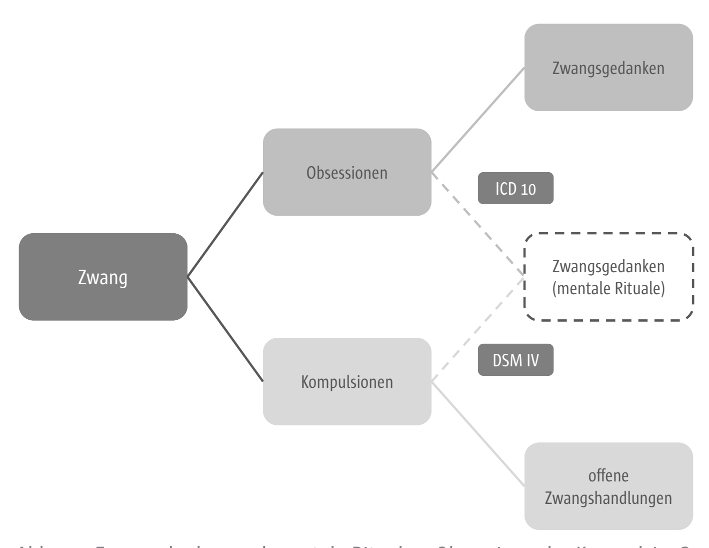


Abb. 37 Zwangsdenken und mentale Rituale – Obsession oder Kompulsion?

scher Erkrankungen beinhaltet. Die „Obsessive-Compulsive Disorder“ ist nunmehr keine Angststörung im engeren Sinne mehr, sondern befindet sich mit anderen, durch impulsiv-kompulsives Verhalten gekennzeichneten Störungsbildern, wie „Body Dysmorphic Disorder“, „Trichotillomania“, „Excoriation (Skin-Picking) Disorder“ und „Hoarding Disorder“, in einer eigenen Störungsgruppe, welche als „Obsessive-Compulsive and Related Disorders“ bezeichnet wurde. Die aktuellen, revidierten Diagnosekriterien für Zwangsstörungen gemäß DSM-5 (APA 2013) sind folgender Tabelle zu entnehmen (s. Tab. 13). Inwieweit diese Neufassung einem Erkenntnisgewinn dienlich sein könnte oder ob die Revision der Diagnosekriterien eine behindernde Ausweitung des Zwangsbegriffes darstellt, wird in den kommenden Jahren zweifellos Gegenstand eingehender Diskussionen werden.

Tab. 13 Auszug der diagnostischen Kriterien der Obsessive-Compulsive Disorder gemäß DSM-5 (APA 2013) in Originalfassung

Obsessive-Compulsive Disorder (300.3)	
A	Presence of obsessions, compulsions, or both: Obsessions are defined by (1) and (2): 1. Recurrent and persistent thoughts, urges, or images that are experienced, at some time during the disturbance, as intrusive and unwanted, and that in most individuals cause marked anxiety and distress. 2. The individual attempts to ignore or suppress such thoughts, urges, or images, or to neutralize them with some other thought or action (i.e., by performing a compulsion). Compulsions are defined by (1) and (2): 1. Repetitive behaviors (e.g., hand washing, ordering, checking) or mental acts (e.g., praying, counting, repeating words silently) that the individual feels driven to perform in response to an obsession or according to rules that must be applied rigidly. 2. The behaviors or mental acts are aimed at preventing or reducing anxiety or distress, or preventing some dreaded event or situation; however, these behaviors or mental acts are not connected in a realistic way with what they are designed to neutralize or prevent, or are cleanly excessive.
B	The obsessions or compulsions are time-consuming (e.g., take more than 1 hour per day) or cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
C	The obsessive-compulsive symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.
D	The disturbance is not better explained by the symptoms of another medical condition (...).
Specify if: **With good or fair insight**: The individual recognizes that obsessive-compulsive disorder beliefs are definitely or probably not true or that they may or may not be true. **With poor insight**: The individual thinks obsessive-compulsive disorder beliefs are probably true. **With absent insight/delusional beliefs**: The individual is completely convinced that obsessive-compulsive disorder beliefs are true.	
Specify if: **Tic-related**: The individual has a current or past history of a tic disorder.	

9.4 Phänomenologische Aspekte von Zwangsphänomenen

Psychischer Zwang lässt sich in einer formalen Dimension als intrusives mentales Erlebnis in Form von Obsessionen und Kompulsionen auffassen (Kapfhammer 2008). Zwangsgedanken sind dabei durch wiederkehrende und persistierende Ideen charakterisiert, welche Unbehagen oder Angst verursachen, während Zwangshandlungen stereotype Rituale repräsentieren, die ausgeführt werden, um diese aversiven Gefühle zu reduzieren (Stompe 2011). Zwangsphänomene scheinen somit durchaus homogene Erscheinungen zu sein, so denn auch die internationalen operationalisierten Diagnosekriterien für Zwangsstörungen diese Einheitlichkeit vordergründig suggerieren. Tatsächlich verweist die obsessiv-kompulsive Störung jedoch auf durchaus heterogene klinische Syndrome. Nach Akhtar und Kollegen (1975) zählen dabei die Kategorien Schmutz und Kontamination, Aggression, Sexualität und Religion zu den häufigsten inhaltlichen Bereichen bei Zwangserscheinungen (Akhtar et al. 1975). In der DSM-IV Feldstudie konnten für den US-amerikanischen Bereich folgende Häufigkeiten von Obsessionen und Kompulsionen ermittelt werden (s. Tab. 14 u. 15).

Tab. 14 Rangliste häufiger Inhalte von Obsessionen bei 431 Zwangskranken – nordamerikanische DSM-IV Feldstudie (modifiziert nach Foa et al. 1995)

obsessive Gedanken	Häufigkeit (%)
Kontamination	37,8
Unglück und Schaden	23,6
Ordnung und Symmetrie	10,0
körperliche Beschwerden	7,2
Religion	5,9
Sexualität	5,5
Horten und Sammeln	4,8
Aggression und Gewalt	4,3

Tab. 15 Rangliste häufiger Kompulsionen bei 431 Zwangskranken – nordamerikanische DSM-IV Feldstudie (modifiziert nach Foa et al. 1995)

kompulsive Handlungen	Häufigkeit (%)
Kontrollieren	28,8
Reinigen und Waschen	26,5
Wiederholen	11,1
mentale Rituale	10,9
Ordnen	5,9
Horten und Sammeln	3,5
Zählen	2,1

Durch zahlreiche moderne faktorenanalytische Studien konnten charakteristische Kombination von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen nachgewiesen werden, welche als Symptomdimensionen bezeichnet werden (Kapfhammer 2008; Zaudig 2011b). Bloch und Kollegen (2008) konnten in einer Metaanalyse von 12 Faktoranalysen mit insgesamt mehr als 2000 Zwangspatienten dabei aufzeigen, dass beim obsessiv-kompulsiven Syndrom zumindest vier Zwangsdimensionen reliabel unterschieden werden können (Bloch et al. 2008) (s. Tab. 16).

Fullana und Kollegen (2010) untersuchten die Häufigkeit von Zwangssymptomen in sechs europäischen Nationen (Belgien, Deutschland, Frankreich, Holland, Italien und Spanien), wobei sie die Dimension „Verbotene Gedanken" nach Bloch (2008) in vier Subgruppen unterteilten. Sie konnten dabei zeigen, dass hinsichtlich der Prävalenz in den untersuchten europäischen Staaten keine relevanten Unterschiede bestehen, wobei Frauen signifikant häufiger Zwangssymptome mit aggressivem und körperbezogenem Inhalt sowie Verunreinigungsängste und Waschzwänge aufweisen (s. Tab. 17).

Neben der charakteristischen Kombination von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, zeigen Symptomdimensionen auch neurobiologische Unter-

Tab. 16 Grunddimensionen obsessiv-kompulsiver Symptome (modifiziert nach Bloch et al. 2008)

Dimension	Beschreibung
Kontamination/Reinigung	Verschmutzungsgedanken und Kontaminationsängste mit Wasch-, Putz- und Reinigungszwängen
Symmetrie/Ordnung	Zwangsgedanken hinsichtlich Symmetrie, Ordnung und Genauigkeit mit Ordnungs- und Wiederholungszwängen
Horten	Obsessionen und Kompulsionen hinsichtlich Sammeln und Horten
„verbotene Gedanken"	aggressive, sexuelle, religiöse sowie körperbezogene Zwangsgedanken mit Kontrollzwängen oder mentalen Ritualen

Tab. 17 Rangfolge von sieben Zwangsdimensionen entsprechend der Lebenszeitprävalenz (%) in der europäischen Allgemeinbevölkerung[1] (modifiziert nach Fullana et al. 2010)

Dimension	gesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)	p[2]
Schädigung und Aggression	**7,8**	5,6	9,9	**< 0,01**
Körper und Erkrankung	**4,6**	2,5	6,5	**< 0,001**
Ordnung und Symmetrie	**3,1**	2,0	4,0	n.s.
Sammeln und Horten	**2,6**	2,2	2,9	n.s.
Verunreinigung Kontamination	**1,8**	0,7	2,9	**< 0,001**
moralische Normen	**1,4**	1,4	1,4	n.s.
Sexualität und Religion	**0,7**	0,9	0,6	n.s.

[1] Stichprobengröße N = 2.804 (6 europäische Länder: Belgien, Deutschland, Frankreich, Holland, Italien, Spanien)

[2] Signifikanzwert p: „n.s." = nicht signifikant

schiede (Matiax-Cols et al. 2005). So können bei Waschzwängen und Kontaminationsängsten höhere Aktivitäten im Bereich des orbitofrontalen Kortex und der Amygdala nachgewiesen werden, während bei Kontrollzwängen der Bereich des anterioren zingulären Kortex stärker aktiv ist (Zaudig 2011b).

Eine Subtypisierung anhand der vorherrschenden Symptomatik erscheint auch deshalb sinnvoll, da von ethnobiologischer und ethologischer Seite angenommen wird, dass Zwangsphänomene phylogenetisch ältere Verhaltensprogramme repräsentieren, die auf den Schutz vor speziellen Bedrohungen ausgerichtet sind. Die beobachtbaren Symptome bei Zwangsstörungen werden dabei als Ausdruck der Aktualisierung oder Disinhibition archaischer Hirnstrukturen angesehen, welche durch eine geschwächte Kontrolle von höheren (neokortikalen) Strukturen demaskiert und verhaltensbestimmend werden (Kohl 1998). Nach Süllwold (2006) verhält sich etwa ein Zwangskranker mit Waschzwängen durch das Hervortreten solcher Instinktschemata analog zu einem Urmenschen, der ein bestimmtes Areal von Spuren freizuhalten zu versucht. Es scheinen somit deutliche Ähnlichkeiten zwischen krankhaftem Zwangsverhalten und archaischem Territorialverhalten zu bestehen, wobei vor allem Kontaminationsängste und Symmetriebedürfnisse auf Urängste vor Krankheit und Reviergefährdung verweisen (Kohl 1998; Süllwold 2006). Die paläopsychiatrische Ansicht, dass obsessiv-kompulsive Symptome grundsätzlich überindividuelle Verhaltensaspekte der Phylogenese darstellen, welche durch individuell-lerngeschichtliche Komponenten eine „pathoplastische" Tönung erhalten, wird schließlich durch Studienergebnisse gestützt, welche belegen, dass Zwangssymptome bzw. -dimensionen eine kulturübergreifende Homogenität aufweisen (Kohl 1998; Zaudig 2011a).

In einer spezifisch inhaltlichen Dimension ist für Zwangsphänomene charakteristisch, dass in ihnen Aspekte von kontaminierendem Schmutz, unkalkulierbarer Gefahr, erschreckender Sexualität, bedrohlicher Aggression, Verstößen gegen moralische Standards, gesellschaftliche Normen und religiöse Gebote aufscheinen. Sie verweisen nach Kapfhammer (2008) somit auf eine inhärente Verbindung von Zwang zu einer als bedroht erlebten persönlichen, moralischen und sozialen Werteordnung und legen einen Zusammenhang zu soziokulturellen Einflüssen nahe (Kapfhammer 2008). Kultur beeinflusst die Gestaltung psychopathologischer Phänomene dabei durch Symbolsysteme, die im Rahmen der Ontogenese eines Individuums durch sozialisierende Prozesse internalisiert werden. In den Inhalten und Themen der Zwangsphänomene kommen somit Leitbilder und Ängste einer Kultur in Form einer epochalen Bedingtheit (Pfeiffer 1994) zum Ausdruck. Dementsprechend kann ein soziokultureller Wandel auch mit einer Veränderung der Zwangsthematik verbunden sein.

9.5 Epidemiologie

Nach aktueller Schätzung des European Brain Council (EBC) und des European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) waren 2010 in der Gesamtbevöl-

kerung der 27 EU-Mitgliedstaaten, der Schweiz, Norwegens und Islands insgesamt rund 2,9 Millionen Personen von einer Zwangsstörung betroffen. Dies entspricht einer mittleren 12-Monatsprävalenz von 0,7%, wobei von der Forschungsgruppe nach Analyse von 10 epidemiologischen Studien aus Europa ein Vertrauensbereich von 0,5% bis 1,1% berechnet werden konnte (Wittchen et al. 2011). Im Vergleich zu den Angststörungen, deren mittlere Jahresprävalenz in Europa zwischen 1% und 7% geschätzt wird, sind Zwangsstörungen in der Allgemeinbevölkerung somit eher selten vorzufinden. Dennoch zählen sie zu den häufigsten neuropsychiatrischen Ursachen einer beeinträchtigten Lebensqualität, da sowohl die Verheimlichungstendenz der Betroffenen als auch die mangelhafte psychiatrische Versorgung zu einer erheblichen Behandlungsverzögerung und somit zu einer Zunahme der psychosozialen Behinderungsdauer führen.

Bis in die achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts wurde in der Fachwelt die Ansicht vertreten, dass es sich bei der Zwangsstörung um ein äußerst seltenes seelisches Krankheitsbild handeln würde (Zaudig 2011a; Kapfhammer 2008; Vorderholzer et al. 2011). Mit der Etablierung operationalisierter Diagnosekriterien, der Entwicklung standardisierter Erhebungsinstrumente sowie der Durchführung epidemiologischer Feldstudien sollte sich diese Ansicht jedoch grundlegend ändern. Zu den international am häufigsten zitierten Studien dieser Zeit zählt die Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) des National Institutes of Mental Health (NIMH). In dieser Studie wurden zwischen 1980 und 1984 knapp 19.000 erwachsene Personen in 5 Regionen der USA (New Haven/Connecticut, Baltimore/Maryland, Saint Louise/Missouri, Piedmont/North Carolina, Los Angeles/Kalifornien) untersucht, wobei erstmals ein vollstrukturiertes Erhebungsinstrument für Laieninterviews, das Diagnostic Interview Schedule (DIS), zur Anwendung kam, das von Lee Roberts und Kollegen an der Washington University entwickelt wurde (Eaton et al. 1981; Regier et al. 1984). Die Diagnose einer Zwangsstörung wurde dabei gemäß den Kriterien des DSM-III (APA 1980) gestellt, wobei eine 6-Monatsprävalenz von 1,5%, eine 1-Jahresprävalenz von 1,6% sowie eine Lebenszeitprävalenz von 2,5% berechnet werden konnten (s. Abb. 38). Mit diesen Ergebnissen fand sich die Zwangsstörung in der Rangfolge der häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung nach den Phobien, dem Substanzmissbrauch und der Depression an vierter Stelle wieder (Karno et al. 1988).

Aufgrund der Breitenwirkung der ECA-Ergebnisse wurden in den Folgejahren zahlreiche Feldstudien mittels DIS in unterschiedlichen Nationen durchgeführt. In der Cross National Collaborative Study der 1990er-Jahre, in der Weissmann und Kollegen (1994) epidemiologische Studien aus 6 Nationen (USA/Amerika, Puerto Rico/Amerika, Kanada/Amerika, Südkorea/Asien, Taiwan/Asien, Neuseeland/Ozeanien) zusammenfassten, konnte hinsichtlich der Häufigkeitsraten eine bemerkenswerte Übereinstimmung festgestellt werden. Allein die Prävalenzraten aus Taiwan waren deutlichen niedriger (s. Abb. 39).

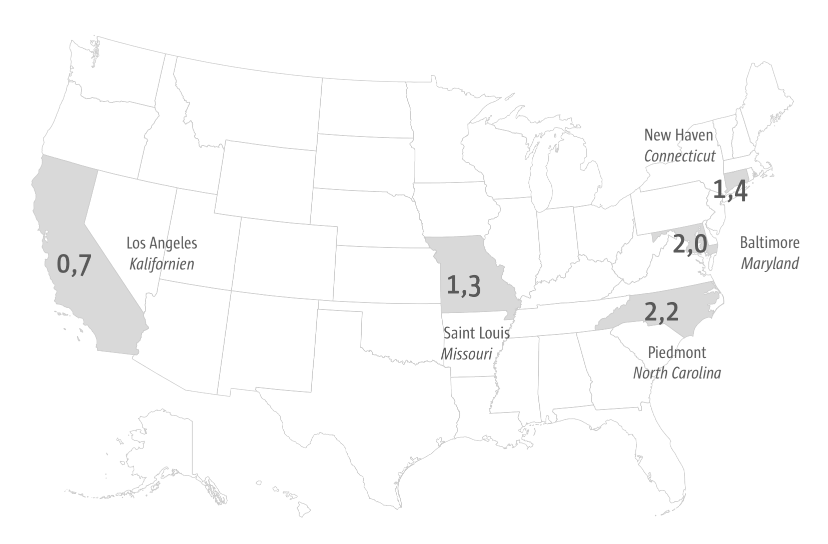


Abb. 38 6-Monats-Prävalenz (%) der Obsessive-Compulsive Disorder (DIS/DSM-III) in fünf US-amerikanischen Regionen – ECA Studie des NIMH (modifiziert nach Karno et al. 1988)

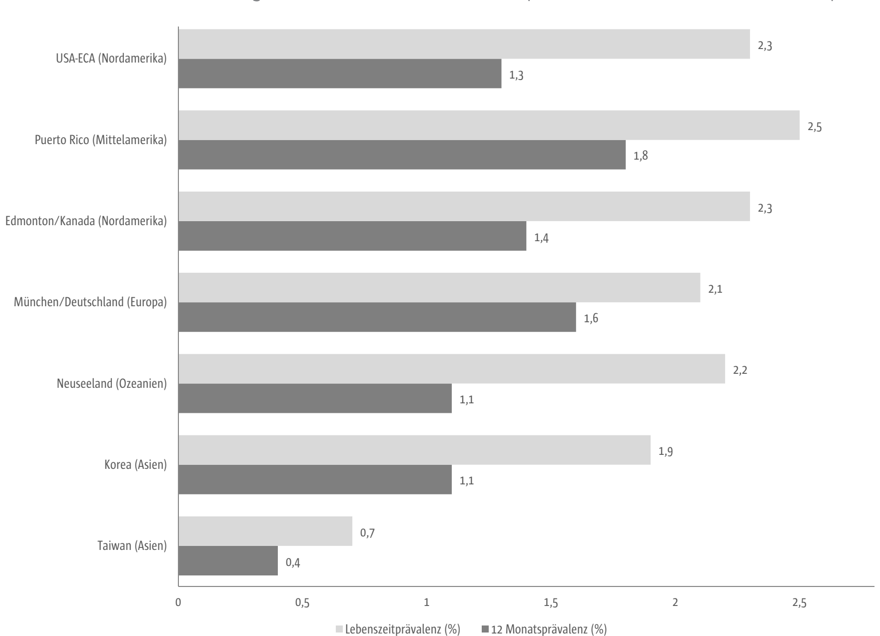


Abb. 39 Periodenprävalenz (%) der Obsessive-Compulsive Disorder (DIS/DSM-III) im internationalen Vergleich – Cross National Collaborative Group (modifiziert nach Weissman et al. 1994)

Die zwischen 2001 und 2003 durchgeführte Replikationsstudie des National Comorbidiy Surveys (NCS-R), in welcher ein Subsample von insgesamt 2073 erwachsenen Personen der amerikanischen Bevölkerung mittels des World Health Organization Composite International Diagnostic Interviews (CIDI-Version 3.0) hinsichtlich dem Vorliegen einer obsessiv-kompulsiven Störung

gemäß DSM-IV untersucht wurde, konnte mit einer Lebenszeithäufigkeit von 2,3% und einer 12-Monatsprävalenz von 1,2% die ECA-Prävalenzraten für den amerikanischen Raum bestätigen (Ruscio et al. 2010). Für Europa konnten Wittchen et al. (2005) in einer Zusammenfassung von 9 epidemiologischen Studien und einer Samplegröße von nahezu 40.000 Personen jedoch lediglich eine mittlere Jahresprävalenz von 0,7% (Quartilsabstand 0,5%-1,1%) aufzeigen. Grabe und Kollegen konnten in einer Untersuchung an 4.075 Erwachsenen aus der deutschen Bevölkerung ebenfalls ein geringeres Vorkommen der Zwangsstörung (Lebenszeitprävalenz 0,5%, Jahresprävalenz 0,4%) als in den Vereinigten Staaten nachweisen (Grabe et al. 2000; Grabe et al. 2001).

Prävalenzraten der Zwangsstörung in sieben Regionen der Welt zeigen, dass hinsichtlich der Häufigkeit von Zwangsstörung sowohl deutliche interregionale als auch innerregionale Unterschiede bestehen, welche wohl zu einem Großteil auf die unterschiedlichen Diagnosekriterien und Erhebungsinstrumente sowie die Stichprobenzusammensetzung zurückgeführt werden können (s. Tab. 18).

Tab. 18 Periodenprävalenz (%) der Zwangsstörung in der Allgemeinbevölkerung – internationaler Vergleich anhand ausgewählter Studien

Nation	Referenz	Diagnostik	Prävalenzraten (%)	
(Region/Studie, Erhebungszeitraum)[1]		Instrument/ Kriterien[2]	12-Monate[3]	Lebenszeit[3]
AMERIKA				
Nordamerika				
Kanada (Edmonton, 1983–1986)	Bland et al. 1988a, 1988b	DIS/DSM-III	1,8	3,0
USA (ECA, 1980–1984)	Karno et al. 1988	DIS/DSM-III	1,6	2,5
USA (NCS-R, 2001–2003)	Ruscio et al. 2010	CIDI/DSM-IV	1,2	2,3
Lateinamerika und Karibik				
Brasilien (São Paulo)	Andrade et al. 2002	CIDI/ICD-10	0,3	0,3
Brasilien (SPMHS, 2005–2007)	Andrade et al. 2012; Viana u. Andrade 2012	CIDI/DSM-IV	3,9	6,7
Chile (CPPS, 1992–1999)	Vicente et al. 2006	CIDI/DSM-III-R	1,2	1,2
Mexiko (Mexico City, 1995)	Caraveo-Anduaga u. Bermudez 2004	CIDI/ICD-10	1,0	1,4
Puerto Rico (Puerto Rico, 1984)	Canino et al. 1987	DIS/DSM-III	–	3,2
EUROPA				
Deutschland (TACOS, 1996–1997)	Grabe et al. 2000; Grabe et al. 2001	CIDI/DSM-IV	0,4	0,5
Deutschland (GHS-MHS, 1996–1997)	Jacobi et al. 2004; Adam et al. 2011	CIDI/DSM-IV	0,7	–
Irland (NISHS, 2004–2008)	Bunting et al. 2012	CIDI/DSM-IV	–	0,5
Island (Island, 1931)	Stefansson et al. 1991	DIS/DSM-III	–	2,0
Italien (Florenz, 1984)	Faravelli et al. 1989	SADS/DSM-III	–	0,7
Niederlande (NEMESIS, 1996)	Bijl et al. 1998	CIDI/DSM-III-R	0,5	0,9

Nation	Referenz	Diagnostik	Prävalenzraten (%)	
Norwegen (Oslo, 1994–1997)	Kringlen et al. 2001	CIDI/DSM-III-R	0,7	1,6
Rumänien (RMHS, 2005–2007)	Florescu et al. 2009	CIDI/DSM-IV	–	0,6
Schweiz (ZCS, 1979–1999)	Dagonda et al. 1993; Angst et al. 2004	SPIKE/ DSM-III-R	0,7	3,5
Ungarn (Ungarn, 1995–1996)	Nemeth et al. 1997	DIS/DSM-III-R	–	2,7
ASIEN				
West- und Südwestasien				
Irak (IMHS, 2006–2007)	Alhasnawi et al. 2009	CIDI/DSM-IV	3,6	4,6
Iran (Iran, 2001)	Mohammadi et al. 2004	SADS/DSM-IV	–	1,8
Libanon (LEBANON, 2002–2003)	Karam et al. 2006	CIDI/DSM-IV	0,1	–
Türkei (Konya, 2000)	Cilli et al. 2004	CIDI/DSM-IV	3,0	–
VAE (Al Ain City, 1996–1997)	Abou-Saleh et al. 1997	CIDI/ICD-10	–	0,1
Ost- und Südostasien				
China (SCMHS, 1984–1986)	Chen et al. 1993	DIS/DSM-III	–	1,0
China (Taiwan) (TPEP, 1982–1986)	Hwu et al. 1989	DIS/DSM-III	0,1*	0,5*
Korea (Seoul u. Myeon 1984)	Lee et al. 1987	DIS/DSM-III	–	2,1
Korea (KECA, 2001)	Cho et al. 2007	CIDI/DSM-IV	0,6	0,8
Singapur (SMHS, 2009–2010)	Subramaniam et al. 2012	CIDI/DSM-IV	1,1	3,0
AFRIKA				
Nigeria (NSMHW, 2001–2003)	Gureje et al. 2006	CIDI/DSM-IV	0,1	0,1
OZEANIEN				
Australien (NSMHWB, 1997)	Andrews et al. 2001; Crino et al. 2005	CIDI/DSM-IV	0,7	–
Australien (NSMHWB, 2007)	McEvoy et al. 2011	CIDI/DSM-IV	2,7	3,8
Neuseeland (CPES, 1986)	Oakley Browne et al. 1989; Wells et al. 1989	DIS/DSM-III	1,1	2,2
Neuseeland (NZMHS, 2003–2004)	Oakley Browne et al. 2006; Wells et al. 2006	CIDI/DSM-IV	0,6	1,2

* Angegebene Prävalenzraten entsprechen dem Median der publizierten Daten (Hwu et al. 1989)

[1] AACPS = Al Ain Community Psychiatric Survey; CPES = Christchurch Psychiatric Epidemiology Study; CPPS = Chile Psychiatric Prevalence Study; ECA = Epidemiologic Catchment Area; GHS-MHS = German National Health Interview and Examination Survey; IMHS = Iraq Mental Health Survey; KECA = Korean Epidemiologic Catchment Area Study; LEBANON = Lebanese Evaluation of the Burden of Ailments and Needs of the Nation; NCS-R = National Comorbidity Survey-Revised; NEMESIS = Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study; NISHS = Northern Ireland Study of Health and Stress; NSMHW = Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being; NSMHWB = Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing; NZMHS = New Zealand Mental Health Survey (Te Rau Hinengaro); RMHS = Romanian Mental Health Study; SCMHS = Shatin Community Mental Health Survey; SMHS = Singapore Mental Health Survey; SPMHS = São Paulo Megacity Mental Health Survey; TACOS = Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (Schleswig Holstein); TPEP = Taiwan Psychiatric Epidemiological Project; VAE = Vereinigte Arabische Emirate; ZCS = Zurich Cohort Study.

[2] CIDI = Composite International Diagnostic Interview; CIS-R = Clinical Interview Schedule-Revised; DIS = Diagnostic Interview Schedule; DSM-III = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, third edition; DSM-III-R = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, third edition, revised; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition; ICD-10 = International Classification of Diseases,, tenth revision; MINI = Mini International Neuro-psychiatric Interview; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SCAN = Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; SPIKE = Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences for Epidemiology.

[3] Zeichenerklärung: „–“ = nicht verfügbar

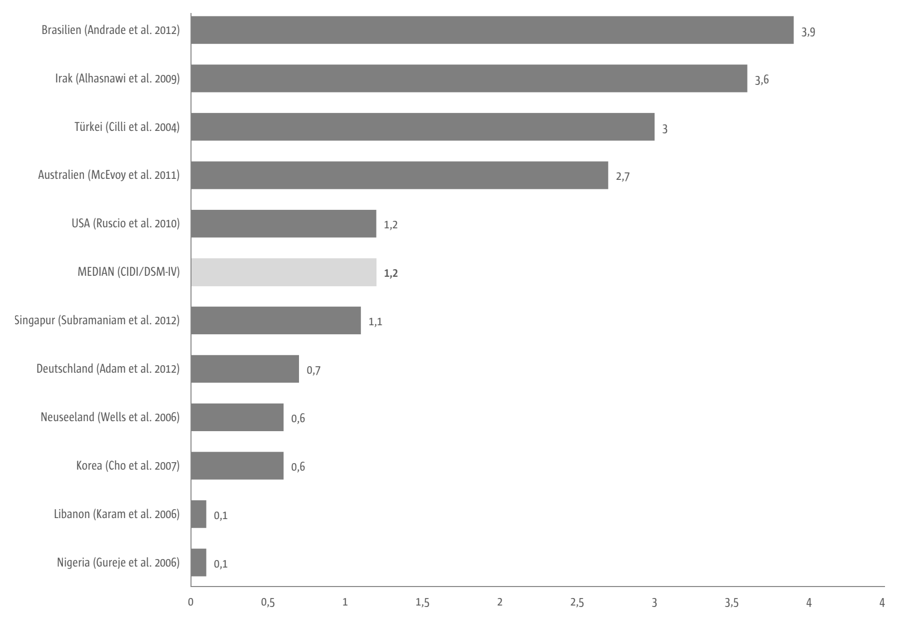


Abb. 40 Jahresprävalenz (%) der Zwangsstörung (CIDI/DSM-IV) in der Allgemeinbevölkerung – internationaler Vergleich anhand ausgewählter Studien

In einem Vergleich rezenter CIDI/DSM-IV Studien aus 11 Nationen zeigt sich dabei eine globale Varianz der Jahresprävalenz für Zwangsstörungen zwischen 0,1% und 3,9%. Nahe am errechneten Median (1,2%) finden sich die USA (1,2%) und Singapur (1,1%). Australien (2,7%), Türkei (3,0%), Irak (3,6%) und Brasilien (3,9%) zeigen deutlich höhere Prävalenzen, während Deutschland (0,7%), Neuseeland (0,6%) und Süd-Korea (0,6%) sowie schließlich der Libanon (0,1%) und Nigeria (0,1%) geringere Häufigkeitsraten aufweisen (s. Abb. 40).

In vorwiegend individualistisch orientierten Regionen beträgt die Jahresprävalenz, ungeachtet der unterschiedlichen Diagnosekriterien und Erhebungsinstrumente, zwischen 0,6% und 1,8%, wobei Zwangsstörungen in nordamerikanischen Ländern (1,2%-1,8%) und Ozeanien (0,6%-2,7%) im Durchschnitt häufiger diagnostiziert werden als in Europa (0,5%-0,7%). In vorwiegend kollektivistischen und traditionellen Regionen beträgt der entsprechende Häufigkeitsbereich 0,1% bis 3,9%, wobei lateinamerikanische (1,2%-3,9%) und westasiatische (0,1%-3,6%) Nationen höhere Prävalenzraten aufweisen als ostasiatische (0,1%-1,1%) oder afrikanische (0,1%) Länder (s. Abb. 41).

Somers und Kollegen (2006) konnten in einer Übersichtsarbeit folgende **Erwartungswerte** für die Periodenprävalenzen von Zwangsstörungen berechnen:

1. globale Prävalenzraten: Jahresprävalenz 0,5% (95% Konfidenzintervall: 0,3%-0,9%), Lebenszeitprävalenz 1,3% (95% Konfidenzintervall: 0,9% bis 1,8%)
2. asiatische Länder: Jahresprävalenz 0,2% (95% Konfidenzintervall: 0,1%-0,3%), Lebenszeitprävalenz 0,9% (95% Konfidenzintervall: 0,5% bis 1,5%)



Abb. 41 Bereich der Jahresprävalenz (%) von Zwangsstörungen in sieben Regionen der Welt

3. nicht-asiatische Länder: Jahresprävalenz 0,8% (95% Konfidenzintervall: 0,5%-1,3%), Lebenszeitprävalenz 1,7% (95% Konfidenzintervall: 1,1% bis 2,4%)

Während nach Somers et al. (2006) asiatische Länder deutlich geringere Periodenprävalenzen für Zwangsstörungen aufweisen als nicht-asiatische Länder, zeigen aktuellere Studien jedoch, dass insbesondere in west- und südwestasiatischen Nationen, wie der Türkei und dem Irak, höhere Häufigkeitsraten erhoben wurden, als in den meisten anderen Nationen. Da jedoch aus den meisten Regionen, insbesondere aus asiatischen und afrikanischen Nationen, kaum Replikationsstudien vorliegen, sind internationale Vergleiche hinsichtlich der Häufigkeit von Zwangsstörungen derzeit nur bedingt aussagekräftig.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass sich hinsichtlich der Häufigkeit von Zwangsstörungen im internationalen Vergleich einige regionale Unterschiede zeigen, wobei diese wohl vor allem methodologische Ursachen haben dürften. Ferner liegen zurzeit aus vielen Regionen keine Replikationsstudien vor, sodass bezüglich der erhobenen Prävalenzraten keine sicheren Aussagen über kulturell bedingte Unterschiede getroffen werden können. Basierend auf der gegenwärtigen Datenlage scheint es jedoch so zu sein, dass Zwangsstörungen im amerikanischen Nationen häufiger diagnostiziert werden als in Europa und dass diese in ost- und südostasiatischen Ländern seltener aufscheinen. West- und südwestasiatische Länder zeigen diesbezüglich derzeit widersprüchliche Ergebnisse.

9.6 Kulturspezifische Zwangsphänomene

Zwanghafte Verhaltensweisen im Zusammenhang mit sozialen Normen oder religiösen Riten können in zahlreichen Kulturkreisen beobachtet werden. Sie

sind zumeist gut in den gesellschaftlichen Kontext eingebunden und werden daher toleriert und als Ausdruck einer ausgeprägten Gewissenhaftigkeit oder Religiosität geachtet. Die Übergänge zu individuellem Leiden und einer Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit sind dabei für kulturfremde Betrachter oftmals schwer zu ziehen, weshalb die pathologische Wertigkeit und Angemessenheit derartiger Phänomene am ehesten von Vertretern derselben Kultur beurteilt werden kann (Machleidt u. Calliess 2011). Kulturspezifische Zwangsstörungen stellen somit Verhaltens- und Erlebnisstörungen im Zuge kulturüblicher Rituale und Usancen dar, die auch kulturintern als abnorm angesehen werden (Friedmann 2005). Stehen Zwangsphänomene im Zusammenhang mit religiösen Vorschriften oder Ritualen, werden psychische Auffälligkeiten trotz des Leidensdrucks der Betroffenen oftmals weniger als psychologisches, sondern vielmehr als religiöses Problem angesehen.

Während „Ritual“ (lat. ritus: Brauchtum, Gewohnheit) ursprünglich „Gottesdienst“ oder die schriftlichen Anweisungen dazu bedeutete, bezieht sich der moderne Ritualbegriff auf symbolische Handlungen ganz allgemein, die in fast allen Bereichen des kulturellen Lebens zu finden sind. Ein Ritual kann als stilisiertes Verhalten definiert werden, das als besonderes Ereignis an einem besonderen Ort, zu einer besonderen Zeit und zu einem besonderen Anlass ausgeführt wird und dessen Grundfunktion es ist, persönliche und soziale Wirklichkeit zu konstruieren, indem das Zufällige und Unkontrollierbare des menschlichen Lebens durch Symbole geordnet wird. Rituelle Handlungen sind dabei stets in den jeweiligen kulturellen Kontext eingebunden und greifen auf vorgefertigte Handlungsabläufe zurück, sodass durch ihre regelhafte Ausführung die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft ausgedrückt und verwirklicht wird. In der modernen Ritualtheorie werden ritualisierte Verhaltensweisen deshalb auch als kulturelle Performance verstanden, in der die Handlungs- und Bedeutungsmuster einer Gesellschaft dargestellt und reproduziert werden (Belliger u. Krieger 2008).

In der klassischen Ritualtheorie wird den Reinheitsvorschriften hierbei ein besonderer Stellenwert zugesprochen, wobei es als eher unwichtig gilt, was in einer Kultur als „schmutzig“, „unrein“ oder „abscheulich“ betrachtet wird. Wesentlich ist vielmehr, dass symbolische und moralische Grenzen gezogen werden, da solche binären Unterscheidungen, wie jene zwischen „gut und böse“ oder „rein und unrein“, der kulturellen Welt Struktur verleihen und dem Individuum als Verhaltensorientierung dienen (Belliger u. Krieger 2008). In der regelmäßigen Wiederholung ritueller Handlungen wird dabei die angstbesetzte Umwelt stets aufs Neue geordnet und somit ein Gefühl von Sicherheit geschaffen.

Kulturen, in denen traditionelle Riten und religiöse Zeremonielle ein hohes Ansehen genießen, fordern zumeist ein strenges Einhalten von sittlichen Geboten, wobei ein Nichtbeachten zu einer Ausgrenzung aus dem Sozialverband führen kann. In diesen traditionsbestimmten Gemeinschaften wird zwang-

haftes Verhalten, verstanden als ein Übermaß an Gewissenhaftigkeit und Pflichtbewusstsein, oft als Ausdruck einer tiefen Religiosität angesehen. Von kulturell sanktionierten Phänomenen muss jedoch die Zwangsstörung als psychische Erkrankung abgegrenzt werden, da sie bei den Betroffenen zu einer erheblichen Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus sowie zu ausgeprägtem Leid führt. Ritualisierte Verhaltensweisen sind dabei nur dann als ein Hinweis auf eine psychische Störung anzusehen, wenn sie kulturelle Normen überschreiten und zu Zeiten oder an Orten auftreten, die von anderen Angehörigen der gleichen Kultur als unangemessen beurteilt werden (APA 2000). Überschreitet das rituelle Handeln einer Person jedoch die kulturellen Normen oder treten ritualisierte Verhaltensweisen zu Zeiten oder an Orten auf, die von anderen Angehörigen der gleichen Kultur als unangemessen beurteilt werden, kann dies Ausdruck einer Zwangsstörung sein (APA 2000).

Beobachtungen in Regionen mit vorwiegend muslimischer Bevölkerung zeigten, dass in islamischen Kulturen zwanghafte Vorstellungen und Verhaltensweisen oft eng mit religiösen Geboten und Riten verbunden sein können. So berichtete bereits Pfeiffer (1994), dass bei den strenggläubigen Muslimen auf Java ein umschriebenes Zwangssyndrom im Zusammenhang mit Reinigungsritualen bekannt ist, welches die Bezeichnung „Waswas“ trägt und die Bedeutung von „Zaudern“ und „Unsichersein“ hat (Pfeiffer 1994). Ein von diesem Syndrom Betroffener steigert dabei die dreimalige körperliche Waschung vor dem Gebet, das „Nehmen des Wassers“ (Wudhu), über das vorgeschriebene Maß hinaus, da er sich durch das anhaltende Gefühl der Unreinheit dazu gezwungen fühlt. Eine ähnliche Reaktion zeigt sich auch bei der Anrufung Gottes, die ebenfalls des Öfteren wiederholt werden muss, da aufdrängende Zweifel die Richtigkeit der Durchführung infrage stellen. Nachdem dieses religiöse Zwangsverhalten bereits im 11. Jahrhundert von dem persischen Theologen und Mystiker *Abu Hamid Muhammad ibn Muhammad al-Ghazali (1058–1111)* erwähnt wurde, weiß man heute, dass dieses Syndrom bei Gläubigen aller islamischen Länder und so auch bei muslimischen Migranten in Europa zu finden ist.

Die rituellen Vorschriften im Islam werden von praktizierenden Muslimen in der Regel nicht als belastend erlebt und so lässt sich aus der Verknüpfung verwandter anthropologischer Phänomene wie Regel, Ritual und Zwang auch verstehen, dass diese Verhaltensauffälligkeiten primär als religiöses und weniger als psychologisches Problem angesehen werden. Die Zwangsphänomene werden dabei als Anfechtung betrachtet, weil sie den Menschen von seinem Auftrag der Heiligung abhalten. Im Sinne eines kulturellen Krankheitskonzeptes gilt der Satan als Urheber dieses Syndroms, welcher den positiven Gedanken des Gläubigen durch Einflüsterung eine negative Gegenbewegung zu geben vermag. Während das Waswas-Syndrom im islamischen Kulturkreis vorwiegend als religiöse Eigenheit betrachtet wird, erleben die Betroffenen den Reinigungszwang als ich-dyston und als äußerst belastend. Die gesellschaftlich-religiöse Einordnung dieses Phänomens könnte nach Pfeiffer je-

doch erklären, weshalb sich trotz des Leidensdrucks der Betroffenen nur selten eine Dekompensation ins sozial Trennende und Untragbare entwickelt (Pfeiffer 1994).

Ähnliche Zwangsphänomene im Zusammenhang mit religiösen Ritualen und Praktiken sind auch aus anderen Kulturkreisen wie dem Judentum und Hinduismus bekannt, wo ein übermäßiges Rezitieren von Mantras, zwanghaftes Baden oder ein übergewissenhaftes Einhalten von Speisevorschriften beschrieben wurden (Friedmann 2005). Nach Greenberg und Huppert (2010) beträgt die Häufigkeit religiöser Symptome bei Zwangspatienten zwischen 0% und 93%, wobei die Prävalenzraten in traditionellen islamischen Ländern sowie im Mittleren Osten grundsätzlich höher sind als in westlichen, indischen oder südostasiatischen Nationen (Greenberg u. Huppert 2010; Tek u. Ulug 2001) (s. Tab. 19).

Tab. 19 Häufigkeit religiöser Symptome (%) bei Zwangsstörungen im internationalen Vergleich (modifiziert nach Greenberg u. Huppert 2010)

Nation	religiöse Symptome (%)
Großbritannien	0–5
USA	10–38
Indien	4–31
Japan	8
Türkei	11–42
Ägypten	60
Saudi Arabien	> 50
Bahrain	40
Israel	41–93

In zahlreichen Studien konnte diesbezüglich nachgewiesen werden, dass weder die religiöse Zugehörigkeit noch die persönliche Religiosität die Entstehung einer Zwangsstörung beeinflussen (Greenberg u. Huppert 2010; Tek u. Ulug 2001). Ist jedoch bei einem Zwangskranken der soziokulturelle Hintergrund religiös und traditionell geprägt und besitzen religiöse Ansichten einen idiosynkratisch bedeutsamen Stellenwert, dann ist es wahrscheinlich, dass der Betroffene religiöse Symptome entwickeln wird. Denn der Inhalt der Zwangssymptome spiegelt allgemeine besorgniserregende als auch persönlich relevante Themen wider, ob diese nun das Werk des Teufels, die Verunreinigung durch Keime oder das Risiko an einer erworbenen Immunschwäche zu erkranken betreffen.

In Anlehnung an das kognitive Modell der Zwangsstörung (Salikovskis 1985), nach welchem normale intrusive Gedanken durch eine dysfunktionale Bewer-

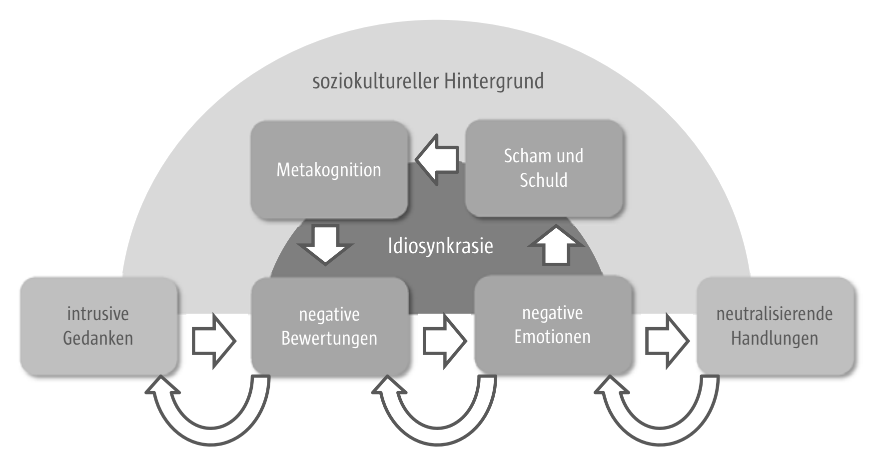


Abb. 42 Soziokulturelle und idiosynkratische Bereiche im kognitiven Modell der Zwangsstörung (modifiziert nach Salikovskis 1985)

tung obsessiven Charakter erhalten und so negative Emotionen evozieren, welche schließlich zu neutralisierenden Handlungen (*Kompulsionen*) drängen, kann der Einfluss der Kultur auf die Symptomatik von Zwangsphänomenen nicht auf den Inhalt, sondern auch im Bereich der Metakognitionen sowie der sozialorientierten Gefühle angenommen werden (s. Abb. 42). So prägt der soziokulturelle Hintergrund wohl nicht nur den Inhalt von obsessiven Gedanken und kompulsiven Handlungen, sondern färbt auch das idiosynkratische Erleben des psychischen Zwangs, was letztlich Einfluss auf regionale Häufigkeitsraten der Zwangsstörung haben könnte. Leider fehlen gegenwärtig entsprechende kulturvergleichende Untersuchungen, welche auch jene Aspekte ausreichend mitbeachten.

Zusammenfassung

Die Zwangsstörung ist eine schwerwiegende psychische Erkrankung mit zumeist chronischem Verlauf, die von einem massiven Leidensdruck und einer ausgeprägten Beeinträchtigung der Lebensqualität begleitet wird. Das wesentliche Kennzeichen dieser Störung sind wiederkehrende Vorstellungen und stereotype Verhaltensweisen, welche von den Betroffenen als quälend empfunden werden. Da der Inhalt von Zwangserscheinungen oftmals sehr persönlich ist oder gar konträr zum soziokulturellen Wertesystem steht, werden diese in der Regel von ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen begleitet. So besteht bei Zwangskranken auch eine deutliche Neigung die Beschwerden vor dem Umfeld zu verheimlichen und die Fassade einer normalen Lebensführung aufrecht zu erhalten (Vorderholzer et al. 2011). Aufgrund dieser Verheimlichungstendenz der Betroffenen wurde auch die Häufigkeit der Zwangserkrankung in der Allgemeinbevölkerung über lange Zeit unterschätzt. Heute weiß man, dass es sich bei der Zwangsstörung um ein weltweit anzutreffendes Krankheitsbild mit weitgehend einheitlichen Prävalenzraten handelt, weshalb die formale Dimension der Störung als vorwiegend biologisch begründet angesehen wird. Dennoch finden sich deutliche Unterschiede im Bereich der inhaltlichen Ausgestaltung der Symptomatik. Kultur beein-

flusst die Gestaltung von Zwangsphänomenen dabei durch internalisierte Symbolsysteme, wobei Leitbilder und Ängste einer Gemeinschaft in Form einer epochalen Bedingtheit (Pfeiffer 1994) zum Ausdruck zu kommen.

Literatur

Abou-Saleh MT, Ghubash R, Daradkeh TK (2001) Al Ain Community Psychiatric Survey I. Prevalence and sociodemographic correlates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 36(1), 20–28

Adam Y, Meinlschmidt G, Gloster AT, Lieb R (2012) Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47(3), 339–349

Akhtar S, Wig NN, Varma VK, Pershad D, Verma SK (1975) A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. Br J Psychiatry 127, 342–348

Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M, Baban A, Al-Alak MM, Othman AY, Othman Y, Ismet N, Shawani O, Murthy S, Aljadiry M, Chatterji S, Al-Gasseer N, Streel E, Naidoo N, Mahomoud Ali M, Gruber MJ, Petukhova M, Sampson NA, Kessler RC (2009) Iraq Mental Health Survey Study Group. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). World Psychiatry 8(2), 97–109

American Psychiatric Association (2010) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association Washington DC

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association Arlington VA

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R (2002) Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37(7), 316–325

Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC (2012) Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. PLoS One 7(2):e31879. doi: 10.1371/journal.pone.0031879

Andrews G, Henderson S, Hall W (2001) Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. Br J Psychiatry 178, 145–153

Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, Rössler W (2004) Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 254(3), 156–164

Belliger A, Krieger DJ (Hrsg.) (2008) Ritualtheorien. Ein einführendes Handbuch. Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Berrios GE (1989) Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. Compr Psychiatry 30(4), 283–295

Berrios GE (1996) The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press New York

Bieri P (2011) Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens (Erstauflage 2001). 10. Auflage. Fischer Taschenbuch Verlag Frankfurt am Main

Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33(12), 587–595

Binder H (1979) Zur Psychologie der Zwangsvorgänge (1936). In: Ausgewählte Arbeiten. Band 1. 221–317. Huber Verlag Bern

Bland RC, Newman SC, Orn H (1987) Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 77 (suppl. 338), 33–42

Bland RC, Orn H, Newman SC (1988) Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 77(suppl. 338), 24–32

Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF (2008) Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 165(12), 1532–1542

Bunting BP, Murphy SD, O'Neill SM, Ferry FR (2012) Lifetime prevalence of mental health disorders and delay in treatment following initial onset: evidence from the Northern Ireland Study of Health and Stress. Psychol Med 42(8), 1727–1739

Bürgy M (2005) Zwangsstörung und Schizophrenie. Versuch einer psychopathologischen Differenzierung am Einzelphänomen Zwang. Nervenarzt 76(11), 1370–1375

Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, Sesman M, Guevara LM (1987) The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. Arch Gen Psychiatry 44(8), 727–735

Caraveo-Anduaga JJ, Bermúdez EC (2004) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico City. Salud Mental 27(2)

Chen CN, Wong J, Lee N, Chan-Ho MW, Lau JT, Fung M (1993) The Shatin Community Mental Health Survey in Hong Kong: II major findings. Arch Gen Psychiatry 50(2), 125–133

Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, Bae JN, Lee DW, Park JI, Cho SJ, Lee CK, Hahm BJ (2007) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. J Nerv Ment Dis 195(3), 203–10

Cilli AS, Telcioglu M, Aşkin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R (2004) Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Compr Psychiatry 45(5), 367–374

Crino R, Slade T, Andrews G (2005) The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. Am J Psychiatry 162(5), 876–882

Degonda M, Wyss M, Angst J (1993) The Zurich Study. XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 243(1), 16–22

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg.) (2006) Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapital V(F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. Auflage. Verlag Hans Huber Bern

Donath J (1896) Zur Kenntnis des Anancasmus (psychische Zwangszustände). Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 29(1), 211–224

Eaton WW, Regier DA, Locke BZ, Taube CA (1981) The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health. Public Health Rep 96(4), 319–325

Esquirol E (1839) Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal. Baillière Paris

Faravelli C, Guerrini Degl'Innocenti B, Biardinelli L (1989) Epidemiology of anxiety disorders in Florence. Acta Psychiatr Scand 79(4), 308–312

Florescu S, Ciutan M, Popovici G, Galaon M, Ladea M, Pethukova M, Hoffnagle A (2009) The Roman Mental Health Study: main aspects of lifetime prevalence and service use of DSM-IV disorders. Management in Health 3, 22–30

Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA (1995) DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 152(1), 90–96

Friedmann A (2005) Psychiatrie und Menschenbild. Wien Med Wochenschr 155 (23–24), 517–523

Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, Mataix-Cols D, de Graaf R, Demyttenaere K, Haro JM, de Girolamo G, Lépine JP, Matschinger H, Alonso J and for the ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2010) Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. J Affect Disord 124(3), 291–299

Gebsattel VE (1983) Die Welt des Zwangskranken. Mschr f Psychiatrie u Neurologie 99, 10–74

Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U (2000) Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 250(5), 262–268

Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U (2001) Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 251(3), 130–135

Greenberg D, Huppert JD (2010) Scrupulosity: A unique subtype of obsessive-compulsive disorder. Curr Psychiatry Rep 12(4), 282–289

Griesinger W (1868) Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Vortrag gehalten in der Berliner Medicinisch-Psychologische Gesellschaft (Sitzungsprotokoll vom 23. März 1868). Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1(3), 626–635

Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA (2006) Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. Br J Psychiatry 188, 465–471

Hwu HG, Yeh EK, Chang LY (1989) Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. Acta Psychiatr Scand 79(2), 136–147

Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med 34(4), 597–611

Jaspers K (1973) Allgemeine Psychopathologie. 9., unveränderte Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

Kapfhammer HP (2008) Zwangsstörungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie. 1635–1660. Springer Verlag Berlin Heidelberg

Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN, Fayyad JA, Nasser SC, Chatterji S, Kessler RC (2006) Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. Lancet 367(9515), 1000–1006

Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 45(12), 1094–1099

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62(6), 593–602

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE (2005) Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62(6), 617–627

Kohl F (1998) Die Dimension der (inversen) „Territorialität" bei Zwangsstörungen. Ethologische Aspekte, aufgezeigt an einer Kasuistik. Psychotherapie 3(2), 258–262

Kringlen E, Torgersen S, Cramer V (2001) A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. Am J Psychiatry 158(7), 1091–1098

Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, Miguel EC, Rauch SL, Goodman WK, Phillips KA, Stein DJ (2010) Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. Depress Anxiety 27(6), 507–527

Leckman JF, Griece DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL (1997) Symptoms of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 154(7), 911–917

Lee CK, Kwak YS, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee YH (1987) The nationwide epidemiological study of mental disorders in Korea. J Korean Med Sci 2(1), 19–34

Loewenfeld L (2007) Die psychischen Zwangserscheinungen. Auf klinischer Grundlage dargestellt. Edition Classic. VDM Verlag Dr. Müller Saarbrücken

Machleidt W, Calliess T (2011) Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller HJ, Laux G, Kampfhammer HP (Hrsg.) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer Verlag, Berlin Heidelberg

Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF (2005) A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 162(2), 228–238

McEvoy PM, Grove R, Slade T (2011) Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Aust NZJ Psychiatry 45(11), 957–967

Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala AA, Davidian H, Afzali HM, Naghavi HR, Yazdi SA, Saberi SM, Mesgarpour B, Akhondzadeh S, Alaghebandrad J, Tehranidoost M (2004) Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. BMC Psychiatry 14(4)

Morschitzky H (2009) Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. 4. Auflage. Springer Verlag Wien

Németh A, Szádóczky E, Treuer T, Vandalik E, Papp Z (1997) (P.3.027) Epidemiology of OCD in Hungary. Eur Neuropsychopharmacol 7 (suppl. 2), 234

Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM, McGee MA (2006) New Zealand Mental Health Survey Research Team. Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. Aust NZJ Psychiatry 40(10), 865–874

Oakley-Browne MA, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR (1989) Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part II: Six month and other period prevalences of specific psychiatric disorders. Aust NZJ Psychiatry 23(3), 327–340

Pfeiffer WM (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Thieme Verlag Stuttgart

Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ (1984) The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. Arch Gen Psychiatry 41(10), 934–941

Reynolds EH, Kinnier Wilson JV (2012) Obsessive compulsive disorder and psychopathic behaviour in Babylon. J Neurol Neurosurg Psychiatry 83(2), 99–201

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC (2010) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 15(1), 53–63

Salkovskis PM (1985) Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behav Res Therapy 25, 571–583

Scharfetter C (2002) Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 5. Auflage. Georg Thieme Verlag Stuttgart

Schneider K (1925) Zwangszustände und Schizophrenie. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 74(1), 93–107

Schneider K (2007) Klinische Psychopathologie. 15. Auflage. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York

Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L (2006) Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry 51(2), 100–113

Stefansson JG, Lindal E, Björnsson JK, Guomundsdottir A (1991) Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. Acta Psychiatr Scand 84(2), 142–149

Stompe T (2011) Schizophrenie und Zwang. Jatros Neurologie u. Psychiatrie 9(4), 30–34

Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA (2012) Obsessive-compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. Soc Psychiatr Epidemiol 47(12), 2035–2043

Süllwold L (2006) Veränderungen am tradierten Konzept der Zwangsstörung. In: Schneider F (Hrsg.) Entwicklungen der Psychiatrie. Springer Verlag Berlin-Heidelberg New York

Tek C, Ulug B (2001) Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 104(2), 99–108

Thomsen R (1895) Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen und verwandten psychischen Zuständen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 27(2), 319–385

Viana MC, Andrade LH (2012) Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. Rev Bras Psiquiatr 34, 249–260

Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S (2006) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. Am J Psychiatry 163(8), 1362–1370

Vorderholzer U, Schlegl S, Külz AK (2011) Epidemiologie und Versorgungssituation von Zwangsstörungen. Nervenarzt 82(3), 273–280

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK (1994) The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 55(3), 5–10

Wells JE, Browne MA, Scott KM, McGee MA, Baxter J, Kokaua J (2006) Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hindegaro: the New Zealand Mental Health Survey. Aust NZJ Psychiatry 40(10), 845–854

Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA (1989) Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. Aust NZJ Psychiatry 23(3), 315–326

Westphal C (1878) Über Zwangsvorstellungen. Berliner Medicinisch-Psychologische Gesellschaft, Sitzungsprotokolle 5. März 1877 und 16. April 1877. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 8(3), 734–764

Wille L (1882) Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 12(1), 1–43

Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 15(4), 357–376

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropschopharmacol 21(9) 655–679

Zaudig M (2011a) Die Zwangsstörung. Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. Z Psychosom Med Psychother 57, 3–50
Zaudig M (2011b) Heterogenität und Komorbidität der Zwangsstörung. Nervenarzt 82, 290–298

10 Kultur und Persönlichkeitsstörungen

Marcel G. Sieberer

10.1 Einleitung: Persönlichkeit und kultureller Kontext

Persönlichkeit und Kultur sind zwei dynamisch voneinander abhängige Systeme, deren wechselseitiges Verhältnis von verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen, insbesondere klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychoanalyse oder Anthropologie, sehr unterschiedlich interpretiert wird. Der wissenschaftliche Diskurs über das Verhältnis von Kultur und Persönlichkeit wurde maßgeblich von einer zentralen Kontroverse um *Kulturrelativismus* und *Kulturuniversalismus* geprägt (Van de Vijver u. Leung 2001). Die kulturrelativistische Position vertrat dabei die Auffassung, dass Menschen, die in derselben kulturellen Umgebung aufwachsen und einen vergleichbaren Sozialisationsprozess durchlaufen, mit hoher Wahrscheinlichkeit und zu weiten Teilen dieselbe Persönlichkeit entwickeln. Die Natur des Selbst wird in diesem Sinne als sozial konstruiert und kulturvariant betrachtet, und die Existenz von relativ kulturunabhängigen Persönlichkeitsmerkmalen wird demzufolge infrage gestellt (Church 2000; Markus u. Kitayama 1998).

Die Vertreter des *Kulturuniversalismus* postulierten hingegen, dass grundlegende psychologische Bedingungen der menschlichen Natur und Persönlichkeit universell angelegt und von kulturellen Einflüssen weitgehend unabhängig sind (Poortinga u. Van Hermert 2001). Die Forschungsbemühungen gingen somit

in erster Linie dahin, universelle Persönlichkeitsdimensionen und -prozesse zu identifizieren (Church 2000). Für das derzeit populärste dimensionale Modell, das *Big-Five-Persönlichkeitsmodell*, oder auch „Fünf-Faktoren-Modell" (s.u.), konnte in Studien belegt werden, dass sich diese Dimensionen kulturübergreifend wiederfinden lassen (McCrae 2001; McCrae et al. 1998; Übersicht bei Church 2000, 2001). Viele Autoren halten heute eine integrierte Sichtweise beider Ansätze für richtig und vertreten die Auffassung, dass Persönlichkeitsfaktoren universell nachweisbar, aber kulturvariant ausgeprägt sind (Poortinga u. Van Hermert 2001; Church 2000).

Unter der Persönlichkeit eines Menschen wird die mehr oder weniger feste und überdauernde Organisation des Charakters, des Temperaments, des Intellekts und der Physis verstanden, die eine Entsprechung in individuellen, stabilen Verhaltenskorrelaten findet (Übersicht in Amelang u. Bartussek 1997). Jedes abstrahierbare und relativ konstante Persönlichkeitsmerkmal (engl. „trait") prädisponiert für einzelne Verhaltensaspekte einer Person in bestimmten Situationen. In seinen Arbeiten über Kultur und Persönlichkeit hebt Foulks (1996) hervor, dass verschiedene Kulturen tendenziell unterschiedliche Persönlichkeitszüge als ideal erachten.

> ***Die Beurteilung der Abweichung einer Persönlichkeit von der sozial akzeptierten Norm ist in hohem Maße von den Werten, Vorstellungen und Normen der jeweiligen Kultur und den sozialen Strukturen der Gesellschaft abhängig.***

Da die Übergänge von einer sozial akzeptierten in eine *nicht* akzeptierte Abweichung von Persönlichkeitsmerkmalen sehr kontextabhängig und fließend sind, wird laut Fiedler (1998) „die Diagnose Persönlichkeitsstörung fast zwangsläufig in einem Bereich persönlicher und zwischenmenschlicher, wissenschaftlicher und gesellschaftlich-kultureller Streitfragen und Konfliktzonen" gestellt. Dieser eher kulturrelativistischen Positionierung der kulturellen Psychiatrie stehen Studien gegenüber, die eine kulturübergreifende Anwendbarkeit der Konstrukte der Achse-II des DSM-IV zeigen. So haben beispielsweise Yang et al. (2000) das „Personality Diagnostic Questionnaire" (PDQ) und das „Personality Disorders Interview" (PDI-IV) für eine chinesische Patientenpopulation (N = 2451) adaptiert und gezeigt, dass die Konzeptionen von Persönlichkeitsstörungen und die Kriterien des DSM-IV auf die chinesische Patientenpopulation mit ausreichender Reliabilität und Validität übertragbar waren. In der WHO-Studie von Loranger et al. (1994) wurde die Erhebung mit dem „International Personality Disorder Examination" (IPDE), einem semistrukturierten Interview anhand der Kriterien des ICD-10 und des DSM, durchgeführt. Die Interviewer aller weltweit beteiligten Zentren konnten anhand des IPDE beide Klassifikationssysteme mit zufriedenstellender Interrater-Reliabilität auf ihre jeweilige Kultur und Sprache anwenden.

In Abgrenzung zu den vorgenannten kategorialen Diagnosesystemen stellt der dimensionale Ansatz des Fünf-Faktoren-Modells zur Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen eines der populärsten faktorenanalytisch begründeten Modelle dar, wonach *Persönlichkeit* im Wesentlichen auf fünf Einzelfaktoren zurückgeführt werden kann (vgl. Goldberg 1981; McCrae u. Costa 1987):

- Neurotizismus
- Extraversion
- Offenheit für Erfahrungen
- Gewissenhaftigkeit bzw. Rigidität
- Verträglichkeit

Die kulturübergreifende Anwendbarkeit und Gültigkeit des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit ist in internationalen Studien inzwischen gut belegt (McCrae 2001). Untersuchungen bestätigten die Universalität und interkulturelle Validität des Fünf-Faktoren-Modells unter anderem für Chinesen, Deutsche, Israelis, Koreaner, Portugiesen (McCrae u. Costa 1997), Franzosen, Philippiner (McCrae et al. 1998) oder Finnen, Kanadier und Polen (Costa et al. 2002).

Die gegenwärtige Datenlage aus interkulturellen Studien spricht gleichzeitig für eine kulturell variierende Ausprägung einzelner Persönlichkeitsfaktoren. Beispielsweise zeigt sich in europäischen und amerikanischen Kulturkreisen im Vergleich zu asiatischen und afrikanischen eine stärkere Betonung der Persönlichkeitszüge Extraversion und Offenheit für Erfahrungen (Allik u. McCrae 2004). Zudem sind in asiatischen und europäischen Ländern im Vergleich zu afrikanischen oder amerikanischen Nationen höhere Werte für Neurotizismus beschrieben (McCrae 2002). Eine Studie mit interkulturell vergleichendem Ansatz hat als Hinweis auf die interkulturelle Variabilität von Persönlichkeit herausgearbeitet, dass philippinische Studenten verletzlicher, weniger emotional und gesprächig und dafür eher introvertiert waren als eine Gruppe amerikanischer Studenten (Huang et al. 1997). In einer weiteren interkulturell konzipierten Studie hatten Personen türkischer Herkunft im Vergleich zu denen deutscher Herkunft tendenziell höhere Werte für Extraversion und Gewissenhaftigkeit und eher niedrigere Werte für Neurotizismus, Offenheit für Erfahrungen und Verträglichkeit (McCrae 2002). Trotz dieser interkulturellen Variabilität der genannten Persönlichkeitsfaktoren variieren die Mittelwerte einzelner, wichtiger Persönlichkeitsfaktoren aber scheinbar stärker *innerhalb* einer Kultur als zwischen unterschiedlichen Kulturen (McCrae 2001; Allik u. McCrae 2004).

10.2 Epidemiologische Aspekte

Persönlichkeitsstörungen sind für die meisten Kulturen und Gesellschaften der Welt beschrieben. Es gibt allerdings nur wenige verlässliche epidemiologische Daten über Persönlichkeitsstörungen im interkulturellen Vergleich.

Die bisherigen Studien zur Prävalenz spezifischer Persönlichkeitsstörungen in unterschiedlichen Kulturen sind darüber hinaus im Ergebnis uneinheitlich. So gibt es beispielsweise Hinweise darauf, dass die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung in den USA angestiegen ist (Millon 1993), während sie in vielen anderen Gesellschaften, vor allem in Asien, nicht entsprechend zunahm (Tseng 2001).

Die Forschung auf diesem Feld wird durch kulturspezifische Konzeptionen und Definitionen von Persönlichkeitsstörungen sowie durch kulturvariante Unterschiede hinsichtlich der sozialen Toleranz der jeweiligen sozialen Gemeinschaft gegenüber psychiatrischen Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten erschwert (vgl. Alarcon et al. 1998). Darüber hinaus macht eine erhebliche Heterogenität selbst innerhalb einzelner Ethnien eine Differenzierung der Prävalenz verschiedener Persönlichkeitsstörungen in bestimmten Bevölkerungsgruppen äußerst schwierig (Briken u. Kraus 2000). Ohne Kenntnis der jeweiligen kulturellen Bedeutung und Implikationen, der verwendeten Methoden und der diagnostischen Kriterien bleibt erhaltenes Datenmaterial darüber hinaus schwierig zu interpretieren. So wurde in Taiwan eine mit der *Epidemiological Catchment Area Study* (Nestadt et al. 1994) vergleichbare Studie durchgeführt, um die Prävalenzen der antisozialen Persönlichkeitsstörung in Amerika und Taiwan zu vergleichen (Compton et al. 1991). Die Ergebnisse zeigten, dass die Prävalenz für die antisoziale Persönlichkeitsstörung in Taiwan bei 0,2% lag, in den Vereinigten Staaten hingegen bei 3,0%. Obwohl ähnliche methodische Instrumente verwendet werden und vergleichbare Studienpopulationen zugrunde lagen, ist nicht klar, ob die gewonnen Daten tatsächliche Unterschiede in der Prävalenzrate widerspiegeln. Vielmehr könnten kulturelle Unterschiede der gesellschaftlichen Bewertung bzw. der Reglementierung von antisozialem Verhalten zu einem *Bias* durch eher „sozial erwünschte“ Antworten der Befragten geführt haben (Tseng 2001).

Im Vergleich zu westlichen Ländern fallen in China die berichteten Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen ungewöhnlich niedrig aus (Tang u. Huang 1995). In der aktuellen Version des offiziellen chinesischen Klassifikationssystems, der *Chinese Classification of Mental Disorders – Version 3* (CCMD-3), ist u.a. die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) als diagnostische Entität abermals nicht aufgenommen worden, obgleich Forschungsdaten durchaus dafür sprechen, dass die BPS auch in China zu den häufigeren Persönlichkeitsstörungen zählt (Zhong u. Leung 2009).

In der WHO-Pilotstudie von Loranger et al. (1994) kamen die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen (gem. DSM-III-R) in praktisch allen teilnehmenden Ländern vor. In den meisten Ländern wurden die Borderline-Störung (14,5%) und die selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung (11,0%) am häufigsten diagnostiziert; lediglich aus Indien wurde keine vermeidende Persönlichkeitsstörung und aus Kenia keine Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtet. Interessanterweise war selbst die konzeptuell umstrittene passiv-ag-

gressive Persönlichkeitsstörung bei einer Häufigkeit von 5,0% mit nur einer Ausnahme in allen teilnehmenden Ländern diagnostizierbar. Allerdings erlauben diese Ergebnisse keine direkten Rückschlüsse auf die tatsächlichen Prävalenzraten der jeweiligen Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung, da die Erhebungen größtenteils auf klinischen Populationen und damit nicht auf repräsentativen Stichproben basierten.

> *Mithilfe der gegenwärtigen wissenschaftlichen Literatur lässt sich die Frage, ob spezifische Persönlichkeitsstörungen in unterschiedlichen Ländern, Kulturen oder ethnischen Gruppen gleich häufig vorkommen, nicht beantworten.*

Die derzeitig verwendeten Klassifikationen und Konzepte von Persönlichkeitsstörungen sollten daher in zukünftigen Studien zunächst genauer auf ihre kulturelle Übertragbarkeit hin überprüft werden. In einem weiteren Schritt könnten dann aussagekräftige interkulturell vergleichende Studien sowie prospektive Untersuchungen an nicht-klinischen Populationen die Zusammenhänge von Kultur, Ethnie und Persönlichkeitspathologie besser aufklären.

10.3 Kulturelle Faktoren der Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind nicht nur durch biologische Dispositionen, genetische Determinanten, Lern- und psychodynamische Vorgänge sowie biographisch gewachsene Haltungen bedingt, sondern auch durch den Einfluss sozialer und kultureller Faktoren gekennzeichnet. Nach Fabrega (1994) sind insbesondere biologische, historische und kulturelle Faktoren in ihrem dialektischen Zusammenspiel bei der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen bedeutsam.

Ein Aspekt, der im wissenschaftlichen Diskurs über die Ursachen, Symptomatik und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bisher noch zu wenig Beachtung gefunden hat und der gleichzeitig zu einem besseren Verständnis der Ätiologie und der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen beitragen könnte, ist der Einfluss von Kultur und Ethnizität (Tseng 2001). Kulturelle Faktoren können sich auf die Persönlichkeitsentwicklung einerseits protektiv, andererseits aber auch pathogen auswirken oder die Symptombildung pathoplastisch beeinflussen. Kultur kann dabei in zweierlei Hinsicht als pathogener Faktor fungieren: Zum einen können Elemente der mikrokulturellen (Familie) und der makrokulturellen Umgebung (Gesellschaft) die klinische Manifestation von Persönlichkeitsstörungen begünstigen. Zum anderen können Persönlichkeitsstörungen über kulturvariante Merkmale zur Symptomatik von Achse-I-Diagnosen (z.B. Depressionen) beitragen (Alarcon et al. 1998). Die pathoplastische Funktion kultureller Faktoren wird an dem Einfluss deutlich, den

Tradition, Kindererziehung, Religion, Überzeugungen und Mythen, Normen und Werte und wirtschaftliche Situation auf der Makroebene sowie familiäre Regeln und Erwartungen, Traditionen der Ursprungsfamilie, Lebensumstände und signifikante Lebensereignisse auf der Mikroebene auf ein Individuum ausüben können.

Aktuelle internationale Untersuchungen aus den Niederlanden, Belgien und Australien weisen darauf hin, dass die Variabilität phänotypischer Merkmalsausprägungen bspw. der Borderline-Störung zu einem nennenswerten Anteil (> 40%) auch auf additive genetische Einflüsse zurückgeführt werden können (Distel et al. 2008, 2009). Daraus lassen sich neue ätiopathogenetische Hypothesen generieren, insbesondere in Richtung von Gen-Umwelt-Interaktionen, deren Bedeutung für die Entstehung und Symptombildung von Persönlichkeitsstörungen noch weitgehend ungeklärt ist und deshalb auch ein Gegenstand zukünftiger interkultureller Untersuchungen sein sollte. Vor dem Hintergrund der zahlreichen kulturellen Einflussfaktoren und der phänotypischen Variabilität von Persönlichkeitsstörungen müssen gegenwärtige neurowissenschaftliche Interpretationen einzelner PKS als das Ergebnis einer gestörten Neurotransmission, wie beispielsweise der Borderline-Störung als eine Dysregulation des endogenen Opiod-Systems (vgl. Bandelow et al. 2010) allerdings einseitig und reduktionistisch erscheinen, zumindest solange die kulturellen Phänomene dabei unberücksichtigt und unerklärt bleiben.

10.4 Interkulturelle Einflussgrößen bei der Diagnostik

Kulturelle Einflussfaktoren spielen bei jedem Schritt des diagnostischen Prozesses eine bedeutsame Rolle: Dies wird schon in der Arzt-Patienten-Interaktion deutlich, bei der eine hohe Kultursensibilität notwendig ist, um zwischen Angehörigen verschiedener Ethnien überhaupt eine Basis für eine therapeutische Beziehung herzustellen (Mezzich 1995). Die Notwendigkeit einer kultursensiblen Herangehensweise konkretisiert sich beispielsweise an den Fragen, wie man in angemessener Weise Familienangehörige in die Anamneseerhebung mit einbezieht, wie man intime persönliche Details exploriert, wie man die Patientenangaben vor dem jeweiligen kulturellen Hintergrund im Hinblick auf Bedeutung und Schwere des seelischen Leidens interpretiert und wie man das soziale Funktionsniveau und das Ausmaß sowie den Wert sozialer Unterstützung bei Menschen aus anderen Kulturkreisen adäquat einschätzt (Mezzich et al. 2001).

» ***Die diagnostische Einordnung von Persönlichkeitsstörungen hängt in entscheidendem Maße auch davon ab, wie eine Gesellschaft ein bestimmtes Verhalten bewertet. Daraus resultieren interkulturelle Unterschiede im diagnostischen Prozess, die zu Unter-, aber auch Überbewertung kultureller Einflussfaktoren führen können.***

Im US-amerikanischen DSM-IV finden sich erstmals spezielle Abschnitte im Begleittext, die auf kulturspezifische Aspekte der jeweiligen Störungsbilder eingehen, um die Sensibilität für kulturabhängige Variationen im Ausdruck psychischer Störungen zu erhöhen und mögliche Folgen einer kulturell bedingten Fehleinschätzung im diagnostischen Prozess zu reduzieren. Als kulturspezifische Aspekte sind in erster Linie eine große sprachliche und auch somatische Variationsbreite in der Affektäußerung, ethnographische Unterschiede des kulturellen Kontextes und der Einfluss der Persönlichkeit auf kulturspezifische Ausdrucksformen hervorzuheben (Alarcon 1995). Im DSM-IV wird betont, dass bei der Diagnostik von Persönlichkeitsauffälligkeiten und Verhaltensstörungen der entsprechende soziokulturelle Kontext von entscheidender Bedeutung sei. Bei Menschen aus anderen Kulturkreisen müsse bedacht werden, inwieweit Sitten und Gebräuche, religiöse Vorstellungen und politische Überzeugungen aus der Ursprungskultur zum Ausdruck kommen. Darüber hinaus macht der Begleittext des DSM-IV zu den Persönlichkeitsstörungen deutlich, dass diese differenzialdiagnostisch nicht verwechselt werden dürfen mit Problemen, die im Zusammenhang mit der Akkulturation bei Migration entstehen. Allerdings sind wichtige Aspekte kultureller Dimensionen wie Selbstbild, Anpassung oder sozialer Kontext auch im DSM-IV bisher weitgehend vernachlässigt worden (Alarcon 1996).

10.5 Kulturelle Aspekte spezifischer Persönlichkeitsstörungen

Eine Einordnung einzelner Persönlichkeitsmerkmale und überdauernder Verhaltensmuster in den jeweiligen soziokulturellen Bezugsrahmen ist notwendig, um normalpsychologisches Erleben, Fühlen und Handeln von den psychopathologischen Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung diagnostisch abgrenzen zu können. In den folgenden Abschnitten werden für die einzelnen spezifischen Persönlichkeitsstörungen die kulturellen Aspekte, die für die Beurteilung des Funktionsniveaus einer Persönlichkeit und für eine kultursensible psychopathologische Einordnung zu berücksichtigen sind, herausgearbeitet und in Anlehnung an die Systematik des ICD-10 im Einzelnen dargestellt. Die interkulturelle Persönlichkeitsforschung hat bisher am ausführlichsten die dramatisch und emotional imponierenden Persönlichkeitsstörungen (PKS) des *Cluster B* berücksichtigt, d.h. vor allem die emotional-instabile, die histrionische und die dissoziale PKS sowie die gemäß DSM-IV definierte narzisstische Persönlichkeitsstörung.

Trotz der weltweiten Verbreitung der **emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ (ICD-10: F60.31)** existieren bisher nur wenige interkulturelle Untersuchungen zu phänomenologischen und psychopathologischen Unterschieden der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in unterschiedlichen Kulturen und Gesellschaften. Eine erste klinische Studie zur BPS in Asien ergab, dass japanische Borderline-Patienten häufiger unter Derealisations- und Depersonalisationserleben litten und seltener einen komorbiden

Substanzmissbrauch zeigten, sich sonst aber klinisch nicht wesentlich von den amerikanischen Borderline-Patienten unterschieden (Moriya et al. 1993; Ikuta et al. 1994). Depersonalisationserleben, tranceähnliche Zustände und psychosenahe Episoden sind allerdings in vielen nicht-westlichen Gesellschaften bekanntermaßen auch kulturelle Phänomene, die im Rahmen von traditionell verwurzeltem, religiösen Erleben zu finden sind und sich unter dem Anpassungsdruck an eine neue kulturelle Umgebung vorübergehend verstärken können (Kirmayer 1989; Lewis-Fernandez 1993). Die sozialen Anforderungen an den Einzelnen sind in modernen Lebenswelten um ein vielfaches gestiegen, sodass Identitäts- und Anpassungsfragen elementare Bedeutung erlangen (Paris 1991). Ungelöste intrapsychische Konflikte können zu Stimmungsschwankungen, Impulsivität, Instabilität, Ambivalenz, Unberechenbarkeit und intensivem Ärger führen, was nicht zwanglos mit einer BPS gleichgesetzt werden darf. Überdies hebt der DSM-IV hervor, dass Jugendliche in der Adoleszenz, insbesondere im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch, vorübergehende Phasen von emotionaler Instabilität, Unsicherheit und Ambivalenz sowie konflikthafter sexueller Orientierung durchleben können, die durchaus an Borderline-Symptome erinnern können (APA 2000). Zudem sind bei der diagnostischen Einordnung suizidalen Verhaltens im transkulturellen Kontext die teils erheblich variierenden ethisch-moralischen Bewertungen von Suizidalität oder der Einfluss von Suizidtraditionen in den verschiedenen Kulturen differenziert zu berücksichtigen (Calliess et al. 2007). Auch parasuizidale Handlungen, wie beispielsweise Schnittverletzungen am Handgelenk, sind in Kulturen des Mittleren Ostens sowie bei indianischen Kulturen häufig Teil kulturell determinierter Bindungsrituale (Paris 1991). Andererseits beobachtete Paris (1992), dass gerade die hervorstechenden Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung, i.e. selbstverletzendes Verhalten oder wiederholte Suizidversuche, in traditionellen Kulturen offenbar störungsassoziiert so nicht vorkommen.

Die **dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2)** zeigt auf der Symptomebene (bspw. hinsichtlich Impulsivität) eine enge Beziehung zur Borderline-Störung. In Gesellschaften mit einer hohen sozialen Kohäsion kommt sie laut Paris (1996) wahrscheinlich seltener vor. Allerdings existiert in den meisten Kulturen in irgendeiner Form ein Begriff für die anti- bzw. dissoziale Persönlichkeit (Cooke 1996). In einer kulturvergleichenden Untersuchung aus Mitte der 1970er-Jahre haben selbst so unterschiedliche Ethnien wie die Inuit im Nordwesten von Alaska und die Yoruba in Nigeria eigene Konzepte für sozial abweichendes Verhalten gezeigt (Murphy 1976). Das Vorkommen der dissozialen Persönlichkeitsstörung scheint prinzipiell unabhängig von dem sozioökonomischen Status einer Gesellschaft, wobei die tatsächliche Prävalenz abhängig von Zeit und Ort variieren kann (Robins et al. 1991). Cooke und Michie (1999) formulieren als zentrale These ihrer Arbeiten, dass in kollektivistischen Kulturen, in denen die Bedürfnisse der sozialen Gemeinschaft Vorrang vor individuellen Zielen haben, wo Autoritäten eher respektiert werden und

stabile, langfristige Beziehungen bedeutsam sind, die Kriminalitätsraten geringer ausfallen als in individualistischen Gesellschaften. Letztere leisteten aufgrund starken Konkurrenzdenkens und Leistungsstrebens sowie aufgrund von Autoritätsverlust und Individualisierung mit geringer sozialer Bezogenheit, Vereinzelung und oberflächlichen Beziehungen einem rücksichtslosen, manipulativen und ausbeuterischen oder auch kriminellen Verhalten Vorschub. Andererseits kann in bestimmten gesellschaftlichen Kontexten politisch oppositionelles oder jugendliches Protestverhalten als mangelhafte Anpassung an bestehende Normen und somit als sozial abweichendes Verhalten fehlinterpretiert werden: Alarcon und Foulks (1995) hoben in diesem Kontext hervor, dass bei Angehörigen von jugendlichen Subgruppierungen (engl. „gangs“) die antisoziale Persönlichkeitsstörung in etwa der Hälfte der Fälle fehldiagnostiziert sein könnte, da die diagnostischen Kriterien in einem Milieu, in dem Gewalt als Überlebensstrategie erlernt wird, nicht ohne Weiteres greifen.

Eine weitere Persönlichkeitsstörung des *Cluster B*, bei der ethnozentristische Perspektiven häufiger zu Fehlinterpretationen führen, ist die **histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4)**. In einigen Kulturen sind in der Spätadoleszenz und im frühen Erwachsenenalter kulturell determinierte Verhaltensvarianten zu beobachten, die sich durch Hyperemotionalität, Selbstzentriertheit, Charme, Verführbarkeit, Beeindruckbarkeit, Unterwürfigkeit, Somatisierung und eine Tendenz zur Dramatisierung auszeichnen können und unter Beachtung des jeweiligen kulturellen Bezugsrahmens als normalpsychologisch zu bewerten sind (Standage et al. 1984). Im interkulturellen Setting werden Menschen aus dem Mittelmeerraum oder aus Lateinamerika wahrscheinlich am häufigsten mit einer *histrionischen Persönlichkeitsstörung* fehldiagnostiziert. Andererseits haben Castaneda und Franco (1985) darauf hingewiesen, dass kulturfremde Diagnostiker auch in anderer Richtung der Gefahr kultureller Stereotypien unterliegen: In ihrer Untersuchung ordneten amerikanische Interviewer bei Patientinnen lateinamerikanischer Abstammung Symptome wie histrionisches Verhalten, eine geringe Affektkontrolle und Impulsivität häufiger fälschlicherweise als *kulturtypisch* denn als psychopathologisch ein.

Die **narzisstische Persönlichkeitsstörung** wird gemäß DSM-IV auch dem *Cluster B* zugerechnet und als eigenständige Diagnose geführt (DSM-IV: 301.31), während sie im ICD-10 nur unter sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60.8) verschlüsselt werden kann. Es wird vermutet, dass narzisstische Persönlichkeitsstörungen bei ethnischen Minderheiten häufig fehldiagnostiziert werden, insbesondere bei denen, die der Aufnahmekultur sehr fremd sind (Tseng 2001). *Flamboyance* oder „Extravaganz“ im Sinne einer übertriebenen Bewertung der eigenen Wichtigkeit wird beispielsweise bei jungen Männern in südeuropäischen oder lateinamerikanischen Kulturen häufiger beobachtet und als narzisstisch fehlinterpretiert (Martinez 1993). Eine wortreiche, blumige Ausdrucksweise kann als Rationalisierung und das Bestreben,

institutionelle hindernde Umstände selbst beheben zu wollen, als Größenphantasie verkannt werden (APA 2000). Mitglieder von sogenannten Ghetto-Gruppen, bei denen das Selbstwertgefühl häufiger fragil ist, können Verhaltensweisen zeigen, die durch eine *pseudonarzisstische* Enttäuschung und Kränkung geprägt sind (Battan 1983) und damit bei isolierter Betrachtung als narzisstisch strukturierte Persönlichkeiten anmuten.

Die im *Cluster A* zusammengefassten, sonderbar und exzentrisch anmutenden paranoiden und schizoiden PKS haben in der interkulturellen Persönlichkeitsforschung bisher weniger Beachtung gefunden.

Für die **paranoide Persönlichkeitsstörung** (**ICD-10: F60.0**) sind einige ältere Studien zu berücksichtigen, die darauf hinwiesen, dass manche ethnische Gruppen kulturell determinierte Verhaltensweisen an den Tag legen, die als paranoid fehleingeschätzt werden könnten. Beispielsweise würden Menschen aus dem Mittleren Osten oder aus Osteuropa Außenstehenden gegenüber eher geheimnistuerisch und misstrauisch wirken (Trouve et al. 1983) oder Südeuropäer würden häufiger den Eindruck erwecken, als seien sie etwa rechthaberisch oder bezüglich gesellschaftlicher Normen weniger anpassungsbereit (Padilla et al. 1987). Migranten, Flüchtlinge oder Angehörige ethnischer Minderheiten, können zudem aufgrund traumatisierender Erlebnisse im Herkunftsland, aufgrund einer Sprachbarriere oder einer mangelnden Vertrautheit mit den Werten und Normen der Aufnahmekultur oder erfahrener Ablehnung im Aufnahmeland mit extremer Vorsicht, hoher Anspannung oder Misstrauen reagieren. Häufig ist die Fähigkeit zur freien Entscheidungsfindung bei diesen Personen eingeschränkt, was sie rigide und nur wenig kompromissfähig erscheinen lassen mag und in einen *circulus vitiosus* wechselseitigen Misstrauens mit den Mitgliedern der Aufnahmekultur münden kann. Streitsüchtiges Verhalten, Misstrauen und eine übertriebene Empfindlichkeit stellen formal zwar Kernkriterien der paranoiden Persönlichkeitsstörung dar, müssen in dem geschilderten Kontext hinsichtlich ihrer diagnostischen Wertigkeit jedoch relativiert werden (Alarcon et al. 1998).

Über die **schizoide Persönlichkeitsstörung** (**ICD-10: F60.1**) liegen bis dato keinerlei aussagekräftigen interkulturellen Studien vor. Dabei ergeben sich gerade für Menschen, die in ein fremdes Land emigrieren oder die einen durchgreifenden gesellschaftlichen Wandel oder Umbruch persönlich erfahren, Konstellationen, die zu Reaktionsweisen disponieren, die an schizoides Verhalten erinnern können und von diesem abzugrenzen sind. So können beispielsweise Menschen, die vom Land in die Stadt gezogen sind, mit einer länger dauernden Phase emotionalen Rückzugs und sozialer Isolation reagieren, bis die Anpassungsleistung vollbracht ist. Einzelgängerisches Verhalten, Affekthemmung und Mangel an vertrauensvollen Beziehungen sind in diesen Lebenssituationen eher als Verarbeitungsmodus denn als Kriterien für eine schizoide Persönlichkeitsstörung zu bewerten. Analog können auch Zuwanderer aus fremden Kulturen in diesem Sinne von Mitgliedern der Aufnahme-

gesellschaft als zurückgezogen, feindselig, kalt oder gleichgültig erlebt werden. Systematische Studien über diese Persönlichkeitsstörung mit einem kulturvergleichenden bzw. interkulturellen Ansatz stehen wie gesagt aber noch aus.

Auch zu den PKS des *Cluster C*, die durch ängstliche und vermeidende Verhaltensweisen geprägt sind, liegen bisher nur wenige und deskriptiv angelegte wissenschaftliche Daten vor. Für die **anankastische Persönlichkeitsstörung** (**ICD-10: F60.5**) erscheint eine zuverlässige diagnostische Bewertung eines bestimmten Verhaltens ohne Kenntnis des soziokulturellen Hintergrunds besonders schwierig. So kann die Ausübung von Regeln und Vorschriften, die einem Individuum durch den jeweiligen kulturellen Bezugsrahmen auferlegt werden kann, den Eindruck mangelnder Flexibilität und Toleranz hervorrufen und dadurch an eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung erinnern. Angehörige bestimmter, gesellschaftlich-kulturell hervorgehobener Gruppen, wie z.B. religiöse Autoritäten, ranghohe Politiker, Beamte oder Wissenschaftler, zeigen zuweilen einen eingeschränkten Affektausdruck, wirken in moralischen und ethischen Fragen rigide und haben ein erhöhtes Kontrollbedürfnis, wodurch es auch zu Konflikten mit den weniger rigiden Teilen einer Gesellschaft kommen kann (Alarcon et al. 1998; Witztum et al. 1990). Ein erhöhtes Risiko der Fehldiagnose einer anankastischen PKS besteht somit bei religiösem Konservativismus oder bei starker Anpassung an enge soziale Regeln. Exemplarisch seien dazu die religiösen Vorschriften und Praktiken orthodoxer Juden oder die Arbeitshaltung japanischer Arbeitnehmer genannt (Chang 1995). In demselben Sinne mögen Europäer auf andere Kulturkreise häufig ordentlich, vorsichtig, unflexibel, affektarm und formell erscheinen, was eine kulturell geprägte Komponente ihrer Gesellschaften widerspiegelt und nicht grundsätzlich mit der Diagnose einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung in Zusammenhang gebracht werden sollte (DeGregorio u. Carver 1980).

Strenge religiöse Praktiken, familienzentrierte Werteorientierung und identitätswahrende Prozesse können in der transkulturellen Diagnostik irrtümlicherweise auch den Eindruck einer **ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung** (**ICD-10: F60.6**) vermitteln (Roland 1988): Kulturell tief verwurzelte Sitten, Werte und Gebräuche können ein Individuum neben einem hohen Bedürfnis nach Akzeptanz und Integration scheu und isoliert erscheinen lassen. Solches Verhalten wird häufiger für Asiaten und Philippinern beschrieben und kann fälschlicherweise als *Inferioritätskomplex* interpretiert werden. Auch bei Migranten kann durch Probleme im Akkulturationsprozess ein vermeidendes, selbstunsicheres Verhalten auftreten (APA 2000). Angehörige ethnischer Minderheiten sind in bestimmten sozialen Situationen eher zurückhaltend und im Kontakt mit anderen Menschen ängstlich, fürchten Kritik und können insgesamt nur schwer mit Angehörigen anderer ethnischer Gruppen in Kontakt treten. Solches Verhalten im Rahmen der Akkulturation ist von pathologisch gesteigertem ängstlich-vermeidendem Verhalten abzugrenzen.

Auch für die **abhängige Persönlichkeitsstörung** (**ICD-10: F60.7**) ist zu berücksichtigen, dass in asiatischen Gesellschaften im Gegensatz zu westlichen Kulturen Passivität, Höflichkeit und Abhängigkeit erwünschte Persönlichkeitszüge darstellen (Roland 1988; Johnson 1993). Auch heutzutage spiegeln Gehorsam und Gefolgschaft gegenüber Älteren, Professionellen, religiösen Autoritäten oder Politikern teilweise noch die strengen Hierarchien und paternalistischen Strukturen in diesen Gesellschaften wider. Es ist daher auch bemerkenswert, dass die abhängige Persönlichkeitsstörung im chinesischen Klassifikationssystem psychischer Störungen (CCMD) weiterhin gar nicht aufgeführt wird (Lee 1996).

Die vorstehend herausgearbeiteten kulturellen Aspekte von Persönlichkeitsstörungen verdeutlichen, dass eine korrekte Einordnung einzelner Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensmuster in den jeweiligen soziokulturellen Kontext unabdingbar ist, um normalpsychologisches Erleben, Fühlen und Handeln von psychopathologischen Merkmalen einer Persönlichkeitsstörung differenzieren zu können.

10.6 Migration, Akkulturation und Persönlichkeitsstörungen

10.6.1 Soziokulturelle und migrationsspezifische Faktoren

Interkulturelle Erfahrungen, wie sie durch eine Migration und den Akkulturationsprozess gemacht werden, können unter bestimmten Konditionen zur Entwicklung und zum Ausdruck von Symptomen einer Persönlichkeitsstörung beitragen (Krause 1998). Als mögliche Stressoren, die mit einer Migration verbunden sein können, sind u.a. Erfahrungen von Diskriminierung (Igel et al. 2010), das Phänomen des Rassismus (Fernando 1991) und vor allem der vielschichtige Prozess der Akkulturation (Fernando 1995; Krause 1998) zu nennen. Der Migrationsprozess kann als kulturelles, soziales und geographisches Geschehen wegen der damit einhergehenden Vulnerabilität die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen begünstigen (Alarcon et al. 1998). Paris (1996, 1998) hat für die emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen herausgearbeitet, dass die Lebensbedingungen in traditionellen Gesellschaften soziale und kulturelle protektive Faktoren aufweisen, die trotz biologisch determinierter Prädisposition die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung verhindern können. Traditionelle Gesellschaften sind nach dieser Lesart charakterisiert durch einen langsamen sozialen Wandel, Kontinuität zwischen den Generationen, eine hohe familiäre und gesellschaftliche Kohäsion und eindeutige soziale Rollen (Paris 1998). Obwohl es große Unterschiede zwischen den einzelnen traditionellen Gesellschaften gibt, ist ihnen allen gemeinsam, dass klare Erwartungen an und eindeutige und vorhersagbare soziale Rollen für die Mitglieder einer solchen kulturellen Gemeinschaft existieren. Im Ergebnis werden vulnerable Individuen davor geschützt, sich nutzlos oder sozial isoliert zu

fühlen. In modernen Gesellschaften hat der Wegfall stabiler sozialer Strukturen hingegen zu einem rapiden gesellschaftlichen Wandel mit einem Verlust sicherer sozialer Rollenmodelle geführt. Einzelne Autoren interpretieren die in den letzten Jahrzehnten vermutlich steigende Prävalenz von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in westlichen Kulturen im Kontext der soziokulturellen und psychosozialen Auswirkungen eben dieses gesellschaftlichen Wandels (Paris 1996; Millon 2000). Man spricht in solchen Zusammenhängen auch von soziokultureller Desintegration (Leighton et al. 1963 zitiert nach Paris 1996). Letztlich können einzelne Persönlichkeitsstörungen von diesem Standpunkt aus als ein kulturelles Phänomen begriffen werden (Alarcon u. Leetz 1998).

Bei der Migration von einer traditionellen in eine moderne Gesellschaft wird der historische und soziale Prozess der Modernisierung Teil einer persönlichen Erfahrung. Die postmigratorischen Phasen der kritischen Anpassung, der Trauer und der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse verändern die Identität der betroffenen Individuen selbst und gehen mit einer Entwicklungsphase einher, die sich als dritte Individuation oder als *kulturelle Adoleszenz* im Leben eines Menschen bezeichnen lässt (Machleidt 2007a; Machleidt u. Heinz 2008). Das Verlassen des eigenen Kulturraumes erfordert ähnlich wie in der Adoleszenz die Ablösung von den kulturtypischen Beziehungsobjekten, die als mütterliche bzw. väterliche Ersatzobjekte (z.B. *Mutter*sprache und *Vater*land) Surrogatcharakter haben. In der Adoleszenz wird das vertraute Drinnen der Familie verlassen und draußen erfolgt die Aufnahme in die Gesellschaft. Bei der Migration wird das vertraute Drinnen der Ursprungsgesellschaft verlassen und draußen wird die Aufnahme in eine fremde Kultur und Gesellschaft angestrebt. Allerdings vollzieht sich diese *kulturelle Adoleszenz* bei postadoleszenten Erwachsenen auf einem höheren und damit komplexeren Strukturniveau (Machleidt 2009). Migranten sind im Migrationsprozess vor allem in der Phase der kritischen Integration, d.h. innerhalb des Zeitabschnitts, in dem die Akkulturation als die wesentliche Integrationsleistung im Migrationsprozess erbracht wird, einer erhöhten Vulnerabilität für die Entwicklung von psychischen Störungen ausgesetzt (Machleidt 2007; Machleidt u. Calliess 2005).

Aktuelle Untersuchungen zum Verhältnis von Persönlichkeit und Kultur stützen die sogenannte *Personality-Culture Clash* Hypothese. Demzufolge wird die Pathogenität bestimmter Persönlichkeitszüge entscheidend durch den Grad der Gegensätzlichkeit der individuellen Persönlichkeitskonstitution und der soziokulturellen Ausrichtung der Umgebung bestimmt: So ist beispielsweise für Individuen mit kollektivistisch geprägter Persönlichkeitsstruktur bei Konfrontation mit individualistisch ausgerichteten Grundwerten einer Gesellschaft das Risiko für pathologische Ausprägungen einzelner Persönlichkeitszüge besonders erhöht (Caldwell-Harris u. Ayçiçegi 2006).

10.6.2 Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Migranten

Eine US-amerikanische Längsschnittstudie kam zu dem Ergebnis, dass für die Gruppe der *Hispanos* eine höhere Prävalenz für Borderline-Persönlichkeitsstörungen anzunehmen ist als für die weißen oder afroamerikanischen Studienteilnehmer (Chavira et al. 2003). Ein erst kürzlich publiziertes systematisches Review mit einer Metaanalyse verfügbarer Quellstudien fand zwar signifikante Prävalenzunterschiede für Persönlichkeitsstörungen zwischen schwarzen und weißen Ethnien (OR 0.476, Cls 0.248–0.915, p = 0.026), konnte diese aber nicht zwischen Asiaten oder *Hispanoamerikanern* und Weißen feststellen (McGilloway et al. 2010). Andererseits ergab eine Untersuchung aus Spanien, dass Migranten im Vergleich zu einheimischen Patienten in einer psychiatrischen Notaufnahme *seltener* die Diagnose einer Borderline-Störung erhielten (Pascual et al. 2008). Insbesondere die Migranten aus Subsahara-Afrika (7-fach geringeres Risiko) oder aus Asien (4-fach geringeres Risiko) wiesen deutlich geringere Prävalenzraten für eine BPS auf als Migranten aus Südamerika, Nordafrika oder westlichen Herkunftskontinenten wie Europa, Nordamerika oder Australien. Neben einer Reihe methodischer Limitationen dieser Studie könnten mögliche Erklärungen für diese Beobachtung sein, dass die untersuchten Migranten erst kurze Zeit mit der Aufnahmekultur konfrontiert waren, dass Personen, die eine Migration vollziehen, insgesamt eine resilientere Persönlichkeit besitzen (*healthy migrant effect*) oder aber, dass interkulturelle Verzerrungseffekte bei der Diagnostik eine Rolle spielen. So hatten in der Untersuchung von Pascual et al. (2008) gerade die Migranten mit der größten Sprachbarriere das geringste Risiko, die Diagnose einer BPS zu erhalten. Ähnlich lautend ergab eine schwedische Studie zum Einfluss von Ethnizität auf psychiatrische Diagnosen bei ambulanten Patienten, dass bei den einheimischen Schweden ungefähr doppelt so häufig die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt wurde wie bei Patienten mit anderer ethnischer Zugehörigkeit (Al-Saffar et al. 2004).

Die Ergebnisse einer unlängst durchgeführten eigenen Untersuchung zur Prävalenz der Borderline-Störung bei Migranten sprechen dafür, dass diese Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit Migrationshintergrund in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung seltener vorliegt bzw. seltener diagnostiziert wird als bei den einheimischen Patienten (Nielsen et al. 2011). Während in der Gruppe der einheimischen Patienten (n = 2120) in 6,5% der Behandlungsfälle eine BPS diagnostiziert wurde, fiel die Quote in der Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund im gleichen Zeitraum mit 3,5% signifikant niedriger aus (Chi^2 = 5.02, df = 1, p = 0.025). Da es sich bei dieser Studie um eine retrospektive Analyse von Behandlungsdaten handelt, lassen diese Ergebnisse allerdings keine Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge und auch keine zuverlässigen Aussagen über tatsächliche Prävalenzraten zu.

10.6.3 Migration, Traumatisierung und Persönlichkeitsstörung

Bei *traumatisierten Migranten* und Flüchtlingen können zusätzliche differenzialdiagnostische Probleme bei der Beurteilung einzelner Persönlichkeitsdimensionen auftreten, da Komorbiditäten mit bzw. Abgrenzungen zu etwaigen psychischen Traumafolgestörungen eine Rolle spielen. Schätzungen zufolge leiden bis zu 30% der Flüchtlinge in der BRD aufgrund von Traumatisierung durch organisierte Gewalt unter psychischen Störungen (Brune 2000). Eigenen Untersuchungen zufolge liegt dieser Prozentsatz zumindest bei bestimmten Gruppen Asylsuchender sogar noch deutlich höher (Sieberer et al. 2011). Die Situation von Flüchtlingen und Migranten wird über eventuelle Gewalterfahrungen in den Herkunftsländern hinaus durch den Prozess der Migration, der ebenfalls potenziell traumatisierend sein kann sowie durch die Exilproblematik zusätzlich belastet. Hinzu treten psychosozial schwierige Rahmenbedingungen, beispielsweise durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus.

Anhaltende dysphorische Verstimmungen, eine chronische Beschäftigung mit Suizidideen, eine Neigung zu Selbstverletzungen, explosive oder extrem unterdrückte Wut und zwanghafte oder äußerst gehemmte Sexualität, aber auch dissoziative Episoden, Depersonalisations- und Derealisationserleben sowie der Abbruch von intensiven Beziehungen machen eine Abgrenzung des *komplexen postraumatischen Belastungssyndroms* von der Borderline-Störung dann sehr schwierig, wenn nicht gar manchmal unmöglich (Bronisch 2001; Gunderson u. Sabo 1993). Die Wechselbeziehungen von Traumaerfahrung und Persönlichkeit sowie weitere wesentliche Einflussfaktoren für die Entstehung und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bei Menschen mit Migrationserfahrung sind in Abbildung 43 komprimiert dargestellt. Das abgebildete *in-*

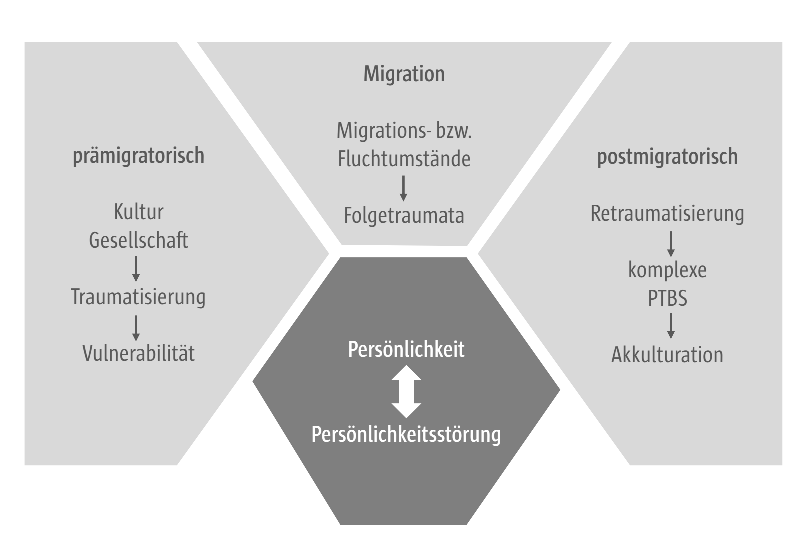
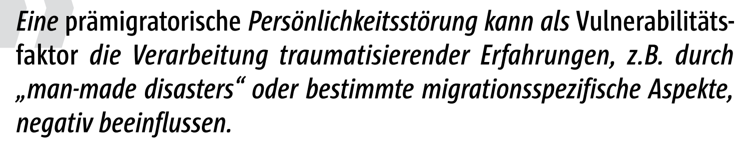


Abb. 43 Interaktionales Modell der Zusammenhänge von Migration, Trauma und Persönlichkeit (weiterentwickelt nach Calliess et al. 2008)

teraktionale Modell veranschaulicht dabei die unterschiedlichen Zusammenhangsebenen von Migration, Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörung und verdeutlicht gleichzeitig die Rolle, die Traumatisierungen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten des Migrationsprozesses für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen und die daraus resultierenden differential-diagnostischen Probleme spielen können.

Neben den weiter oben ausgeführten kulturell-gesellschaftlichen Einflussfaktoren und dem Einluss einer multifaktoriellen Prädisposition bzw. einer individuellen *Vulnerabilität* können prämigratorische Traumatisierungen die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen begünstigen und gleichzeitig die Bewältigung der Migrationsanforderungen und damit letztlich das resultierende Akkulturationsergebnis beeinträchtigen. Auch traumatisierende Erfahrungen im Zusammenhang mit dem eigentlichen Migrationsakt, wie z.B. im Rahmen von Vertreibung und Flucht, können sich in gleicher Weise auf die Persönlichkeit auswirken. Vor allem bei vorbestehenden, prämigratorischen Traumatisierungen erhöht sich für den Fall einer Retraumatsierung zu einem späteren Zeitpunkt des Migrationsprozesses das Risiko, dass sich komplexe posttraumatische Störungsbilder entwickeln, die klinische Überlappungsbereiche mit Persönlichkeitsstörungen zeigen können oder von diesen differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden müssen.



Eine prämigratorische *Persönlichkeitsstörung kann als* Vulnerabilitätsfaktor *die Verarbeitung traumatisierender Erfahrungen, z.B. durch „man-made disasters“ oder bestimmte migrationsspezifische Aspekte, negativ beeinflussen.*

Postmigratorisch *können schwere Traumatisierungen und Identitätskrisen ihrerseits eine Persönlichkeitsstörung induzieren bzw. verschlimmern oder ein komplexes posttraumatisches Belastungssyndrom hervorrufen, den Akkulturationsprozess erschweren oder gar die Ausbildung einer bi- oder multikulturellen Identität verhindern.*

10.7 Interkulturelle Aspekte der Therapie

Im Hintergrund des Krankheitsgeschehens von psychischen Störungen bei Migranten lässt sich häufig eine migrations- bzw. kulturspezifische Problematik eruieren, die im Ergebnis die Krankheitsverarbeitung und -bewältigung stark beeinflussen kann. Zu den wesentlichen migrationsspezifischen Faktoren zählen u.a. ein erschwerter Kontakt zu nahe stehenden Menschen im Heimatland, aufenthaltsrechtliche Fragen, der sozioökonomische Status, mögliche Rückkehrabsichten sowie Verständigungsschwierigkeiten. Diese sind zu unterscheiden von kulturspezifischen Faktoren, wie z.B. divergente Traditionen und Rituale, verschiedene Werte und Normen oder andersartige

Verhaltensmuster und Rollenerwartungen sowie Unterschiede hinsichtlich des Krankheitserlebens, der Krankheitskonzepte oder der Erwartungen an professionelle Helfer. Um zu verstehen, in welcher Weise und in welchem Ausmaß die Migrationsbiographie mit der Entwicklung seelischer Krisen zusammenhängt, muss bedacht werden, dass den Herausforderungen des Migrationsprozesses und der Akkulturation individuell sehr unterschiedlich begegnet werden kann.

Allgemein stellen psychotherapeutische Verfahren in der Therapie von Persönlichkeitsstörungen nicht nur eine weit verbreitete, sondern wohl auch die am besten untersuchte und die nachhaltig wirkungsvollste Behandlungsmethode dar. Alle Psychotherapieverfahren hängen von impliziten Modellen des *Selbst* ab, welche wiederum auf kulturellen Konzepten der *Person* fußen. Die zugrundeliegenden Konzepte von der Person bauen in den meisten Psychotherapieformen auf den euroamerikanischen Werten des Individualismus auf und kontrastieren mit den eher sozio-, umwelt- oder kosmozentrischen Ausrichtungen anderer Kulturen. Interkulturelle Psychotherapie muss daher das jeweilige kulturell determinierte Konzept von der Person im therapeutischen Prozess berücksichtigen und mit den Wertevorstellungen und dem kulturell begründeten Lebensstil des Patienten abgleichen (Kirmayer 2007).

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Migranten ist ein Perspektivenwechsel der Therapeuten von einer ethnozentristisch geprägten Sichtweise zu einer interkulturellen Erweiterung des eigenen Fachwissens erforderlich. Probleme im interkulturellen therapeutischen Prozess können rein sprachlicher Natur sein oder sich auf unterschiedliche Krankheitskonzepte und Rollenerwartungen von Patient und Therapeut beziehen (Brucks 2004; Tuna u. Salman 1999). Hier besteht das Risiko, diese Besonderheiten der Behandlung entweder zu negieren bzw. in ihrem Einfluss zu unterschätzen oder ihnen eine zu hohe Bedeutung beizumessen: In letzterem Fall werden dann jegliche Schwierigkeiten, die bei Migranten zu Symptomen führen oder in der Behandlung von Migranten auftreten, als „interkulturelle Konflikte" gedeutet (Nika u. Baskedis 2000). Gerade die Verzahnung kultureller und migrationsbedingter Einflussfaktoren mit davon unabhängigen Größen in der Entwicklung seelischer Probleme, Krisen oder Erkrankungen bedeutet eine enorme Herausforderung für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten (vgl. Assion 2005).

Gesichtspunkte der Rehabilitation und der Nachsorge von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit interkulturellem Hintergrund sind bisher kaum wissenschaftlich untersucht. Eine Studie aus Spanien stellte allerdings fest, dass Immigranten und allgemein Personen, die primär wegen Persönlichkeitsstörungen in stationäre psychiatrische Behandlung kommen, eine geringere psychiatrische Behandlungskontinuität aufweisen (Gotor u. González-Juárez 2004). Möglicherweise muss bei Migranten mit Persönlichkeitsstörungen daher mit additiven Effekten gerechnet werden, was zu einer besonders schlech-

ten Therapieadhärenz führen könnte. Hierzu liegen bis dato aber keine aussagekräftigen Daten aus wissenschaftlichen Untersuchungen vor.

Zusammenfassung

Die Abweichung einer Persönlichkeit von einer sozial akzeptierten Norm kann nur unter Berücksichtigung der sozialen Strukturen der Gesellschaft und der Werte, Vorstellungen und Normen der jeweiligen Kultur beurteilt werden. Bei Beachtung des kulturellen Kontextes sind der dimensionale Ansatz des Fünf-Faktoren-Modells, allgemeine Konzeptionen von Persönlichkeitsstörungen und vermutlich auch die Kriterien des DSM-IV mit ausreichender Reliabilität und Validität in sehr unterschiedlichen kulturellen Settings anwendbar.

Kulturelle Einflussfaktoren sind bei jedem Schritt des diagnostischen Prozesses von Persönlichkeitsstörungen bedeutsam. Auf die differenzialdiagnostisch abzugrenzenden Probleme durch eine Migration bzw. Akkulturation wird im DSM-IV explizit hingewiesen. Zusätzliche differenzialdiagnostische Schwierigkeiten können bei traumatisierten Migranten und Flüchtlingen auftreten, wenn psychische Traumafolgestörungen die Beurteilung einzelner Persönlichkeitsdimensionen erschweren. Die komplexen Zusammenhänge von Migration, Traumatisierung und Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörung entstehen in den einzelnen Phasen des Migrationsprozesses mit wechselseitigen Wirkrichtungen und kommen auf unterschiedlichen Zusammenhangsebenen zum Tragen.

Aus der Perspektive der interkulturellen Psychiatrie werden in den Prozessen der Migration und der Akkulturation sowie in den Folgen von prä- und postmigratorischer Traumatisierung wesentliche Stressoren bzw. Vulnerabilitätsfaktoren gesehen, die zu der Entwicklung oder zur Exazerbation einer Persönlichkeitsstörung beitragen oder deren Behandlung in der Praxis erschweren können.

Literatur

Alarcon R (1995) Culture and psychiatric diagnosis: impact on DSM-IV and ICD-10. Psychiatr Clin North Am 18, 449–465

Alarcon R (1996) Personality disorders and culture in DSM-IV: a critique. J Pers Disord 10, 260–270

Alarcon R, Foulks E (1995) Personality disorders and culture: Contemporary clinical views, Part A: Cultural Diversity and Mental Health 1, 3–17

Alarcon RD, Foulks EF, Vakkur M (1998) Personality disorders and culture: Clinical and conceptual interactions. Wiley New York

Alarcon RD, Leetz KL (1998) Cultural intersections in the psychotherapy of borderline personality disorder. Am J Psychother 52, 176–190

Allik J, McCrae RR (2004) Toward a geography of personality traits. Patterns of profiles across 36 cultures. J Cross Cult Psych 35, 13–28

Al-Saffar S, Borgå P, Wicks S, Hällström T (2004) The influence of the patients' ethnicity, socio-demographic conditions and strain on psychiatric diagnoses given at an outpatient clinic. Nord J Psychiatry 58, 421–427

Amelang M, Bartussek D (1997) Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart

American Psychiatric Association (APA, 2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text revision (4th ed.). American Psychiatric Association Washington D.C.

Assion HJ (2005) Migration und psychische Krankheit. In: Assion H-J (Hrsg.) Migration und seelische Gesundheit. 133–144. Springer Berlin Heidelberg

Bandelow B, Schmahl C, Falkai P, Wedekind D (2010) Borderline personality disorder: a dysregulation of the endogenous opioid system? Psychol Rev 117, 623–636

Battan JF (1983) The „new narcissism“ in 20th century America: The shadow and substance of social change. J Soc Hist 17, 199–220

Briken P, Kraus C (2000) Persönlichkeitsstörungen. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. 125–144. Lambertus-Verlag Freiburg

Bronisch T (2001) Neurobiologie der Persönlichkeitsstörungen mit dem Schwerpunkt Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Psychother 2, 233–246

Brucks U (2004) Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland. Migration und psychische Erkrankung. Psychoneuro 30, 228–231

Brune M (2000) Posttraumatische Störungen. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. 107–124. Lambertus-Verlag Freiburg

Caldwell-Harris CL, Ayçiçegi A (2006) When personality and culture clash: the psychological distress of allocentrics in an individualist culture and idiocentrics in a collectivist culture. Transcult Psychiatry 43, 331–361

Calliess IT, Machleidt W, Ziegenbein M, Haltenhof H (2007) Suizidalität im Kulturvergleich. Fortschr Neurol Psychiat 75, 653–664

Calliess IT, Sieberer M, Machleidt W, Ziegenbein M (2008) Personality disorders in a cross-cultural perspective: impact of culture and migration on diagnosis and etiological aspects. Current Psychiatry Reviews 4, 39–47

Castaneda R, Franco H (1985) Sex and ethnic distribution of borderline personality disorder in an inpatient sample. Am J Psychiatry 142, 1202–1203

Chang SC (1995) The cultural context of Japanese psychiatry and psychotherapy. Am J Psychother 19, 593–606

Chavira DA, Grilo CM, Shea MT, Yen S, Gunderson JG, Morey LC, Skodol AE, Stout RL, Zanarini MC, McGlashan TH (2003) Ethnicity and four personality disorders. Compr Psychiatry 44, 483–491

Church AT (2000) Culture and personality: toward an integrated cultural trait psychology. J Pers 68, 651–703

Church AT (2001) Personality measurement in cross-cultural perspective. J Pers 69, 979–1006

Compton W, Helzer J, Hwu HG, Yeh EK, McEvoy L, Tipp J, Spitznagel E (1991) New methods in cross-cultural psychiatry: Psychiatric illness in Taiwan and the US. Am J Psychiatr 148, 1697–1704

Cooke DJ (1996) Psychopathic personality in different cultures: What do we know? What do we need to find out? J Pers Disord 10, 23–40

Cooke DJ, Michie C (1999) Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. J Abnorm Psychol 108, 58–68

Costa PT, McCrae RR, Jonsson FH (2002) Validity and utility of the revised NEO personality inventory: examples from Europe. In: de Raad B, Perugini M (Hrsg.) Big Five Assessment. 61–77. Hogrefe u. Huber Publishers Seattle

DeGregorio E, Carver CS (1980) Type A behaviour pattern, sex role orientation and psychological adjustment. J Personal Soc Psychol Rev 39, 286–293

Distel MA, Rebollo-Mesa I, Willemsen G, Derom CA, Trull T, Martin NG, Boomsma DI (2009) Familial resemblance of borderline personality disorder features: genetic or cultural transmission? PLoS One 4(4), e5334

Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, Willemsen G, Boomsma DI (2008) Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. Psychol Med 38, 1219–1229

Fabrega H (1994) International systems of diagnosis. Psychiatry 182, 256–263

Fernando S (1991) Mental Health, Race and Culture. Macmillan Press Houndmills London

Fernando S (1995) Mental Health in a Multi-ethnic Society. Routledge London New York

Fiedler P (1998) Persönlichkeitsstörungen. Psychologie Verlags Union Weinheim

Foulks EF (1996) Culture and personality disorders. In: Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL (Hrsg.) Culture and psychiatric diagnosis: a DSM-IV perspective. 243–252. American Psychiatric Press Washington D.C.

Goldberg LR (1981) Language and individual differences: the search for universals in personality lexicons. Pers Soc Psychol Rev 2, 141–165

Gotor L, González-Juárez C (2004) Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39, 560–568

Gunderson JG, Sabo AN (1993) The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. Am J Psychiatry 150, 19–27

Huang CD, Church AT, Katigbak MS (1997) Identifying cultural differences in items and traits. Differential item functioning in the NEO personality inventory. J Cross Cult Psychol 28, 192–218

Igel U, Brähler E, Grande G (2010) Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migrantinnen. Psychiatr Prax 37, 183–190

Ikuta N, Zanarini MC, Minakawa K, Miyake Y, Moriya N, Nishizono-Maher A (1994) Comparison of American and Japanese outpatients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry 35, 382–385

Johnson F (1993) Dependency and Japanese socialization. New York Universities Press New York

Kirmayer LJ (1989) Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. Soc Sci Med 29, 327–339

Kirmayer LJ (2007) Psychotherapy and the cultural concept of the person. Transcult Psychiatry 44, 232–257

Krause IB (1998) Therapy Across Culture. Sage London

Lee S (1996) Cultures in psychiatric nosology: The CCMD-2-R and international classification of mental disorders. Cult Med Psychiatry 20, 421–472

Lewis-Fernandez R (1993) The role of culture in the configuration of dissociative states: A comparison of Puerto Rican ataque de nervios and Indian possession syndrome. In: Spiegel D (Hrsg.) Dissociation, culture, mind and body. American Psychiatric Press Washington D.C.

Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, Coid B, Dahl A, Diekstra RF, Ferguson B, Jacobsberg LB, Mombour W, Pull C, Ono Y, Regier DA (1994) The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. Arch Gen Psychiatry 51, 215–224

Machleidt W (2007) Die „kulturelle Adoleszenz“ als Integrationsleistung im Migrationsprozess. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 9, 13–23

Machleidt W (2009) Wesentliche Merkmale interkultureller Psychotherapie. 59. Lindauer Psychotherapiewochen 2009, Lindau. URL: http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2009/machleidt.pdf (abgerufen am 22.07.2014)

Machleidt W, Calliess IT (2005) Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethnischer Sicht. Die Psychiatrie 2, 77–84

Machleidt W, Heinz A (2008) Psychotherapie bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Herpertz SC, Casper F, Mundt Ch (Hrsg.) Störungsorientierte Psychotherapie.627–637. Elsevier Urban u. Fischer München Jena

Markus HR, Kitayama S (1998) The cultural psychology of personality. J Cross Cult Psychol 29, 63–87

Martinez C (1993) Psychiatric care of Mexican Americans. In: Gaw AC (Hrsg.) Culture, ethnicity and mental illness. American Psychiatric Press Washington D.C.

McCrae RR (2001) Trait psychology and culture: exploring intercultural comparisons. J Pers 69, 819–846

McCrae RR (2002) NEO-PI-R data from 36 cultures: Further intercultural comparisons. In: McCrae RR, Allik J (Hrsg.) The five-factor model of personality across cultures. 105–125. Kluwer Academic/Plenum Publishers New York

McCrae RR, Costa PT (1987) Validation of the Five-Factor Model of personality across instruments and observers. J Pers Soc Psychol 52, 81–90

McCrae RR, Costa PT, Pilar GH, Rolland JP, Parker WD (1998) Cross-cultural assessment of the five-factor model. The revised Neo Personality Inventory. J Cross Cult Psychol 29, 171–188

McGilloway A, Hall RE, Lee T, Bhui KS (2010) A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. BMC Psychiatry 2010; 10:33. URL: http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/33 (abgerufen am 22.07.2014)

Mezzich JE (1995) Cultural formulation and comprehensive diagnosis: Clinical and research perspectives. Psych Clinics of North Am 18, 649–657

Mezzich JE, Berganza CE, Ruiperez MA (2001) Culture in DSM-IV, ICD-10 and Evolving Diagnostic Systems. Psychiatr Clin North Am 24, 407–419

Millon T (1993) Borderline personality disorder: a psychosocial epidemic. In: Paris J (Hrsg.) Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment. 197–210. American Psychiatric Press Washington D.C.

Millon T (2000) Sociocultural conceptions of the borderline personality. Psychiatr Clin North Am 23, 123–136

Moriya N, Miyake J, Minakawa K, Ikuta N, Nishizono-Maher A (1993) Diagnosis and clinical features of borderline personality disorder in the East and West: A preliminary report. Compr Psychiatry 34, 418–423

Murphy J (1976) Psychiatric labeling in cross cultural perspectives. Science 19, 1019–1028

Nestadt G, Samuels JF, Romanowski A, Folstein MF, McHugh PR (1994) DSM-III personality disorders in the community. Am J Psychiatry 151, 1055–1062

Nika L, Baskedis R (2000) Somatisierung. In: Haasen C, Yagdiran O (Hrsg.) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. 71–88. Lambertus Freiburg

Padilla AM, Salgado-Snyder N, Cervantes RC (1987) Self-regulation and risk-taking behaviour: A Hispanic perspective. Spanish-Speaking Mental Health Research Center Bulletin, 1–5

Paris J (1991) Personality disorders, parasuicide and culture. Transcultural Psychiatric Research Review 28, 25–39

Paris J (1992) Social factors in borderline personality: A review and hypothesis. Can J Psychiatry 37, 480–486

Paris J (1996) Cultural factors in the emergence of borderline pathology. Psychiatry 59, 185–192

Paris J (1998) Personality disorders in sociocultural perspective. J Pers Disord 12, 289–301

Pascual JC, Malagón A, Córcoles D, Ginés JM, Soler J, García-Ribera C, Pérez V, Bulbena A (2008) Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. Br J Psychiatry 193, 471–476

Poortinga YH, Van Hemert DA (2001) Personality and culture: demarcating between the common and the unique. J Pers 69, 1033–1060

Robins LN, Tipp J, Przybeck T (1991) Antisocial personality disorder. In: Robins LN, Regier DA (Hrsg.) Psychiatric disorders in America. 258–290. Free Press New York

Roland A (1988) In search of self in India and Japan. Princeton University Press Princeton

Sieberer M, Ziegenbein M, Eckhardt G, Machleidt W, Calliess IT (2011) Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. Psychiat Prax 38, 38–44

Standage K, Bilsbury C, Jain S, Smith D (1984) An investigation of role-taking in histrionic personalities. Can J Psychiatry 29, 407–411

Tang SW, Huang Y (1995) Diagnosing personality disorders in China. International Medical Journal 2, 291–297

Trouve JN, Lianger JP, Colvet P, Scotto JC (1983) Sociological aspects of identity problems in immigration pathology. Annals Medico-Psychologiques 141, 1041–1062

Tseng WS (2001) Handbook of Cultural Psychiatry. Academic Press San Diego London Boston New York Sydney Tokyo Toronto

Tuna S, Salman R (1999) Phänomene interkultureller Kommunikation im Begutachtungsprozess. In: Collatz J, Hackhausen W, Salman R (Hrsg.) Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland. 179–188. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung Berlin

Van de Vijver FJ, Leung K (2001) Personality in cultural context: methodological issues. J Pers 69, 1007–1031

Witztum E, Greenberg D, Dasberg H (1990) Mental illness and religious change. British Journal of Medicine and Psychology 63, 33–41

Yang J, McCrae RR, Costa PT, Yao S, Dai X, Cai T, Gao B (2000) The cross-cultural generalizability of Axis-II constructs: an evaluation of two personality disorder assessment instruments in the People's Republic of China. J Pers Disord 14, 249–263

Zhong J, Leung F (2009) Diagnosis of borderline personality disorder in China: current status and future directions. Curr Psychiatry Rep 11, 69–73